



|                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|

|                                          |                                                                                 |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR                                           |
| Nombre Completo                          | PATRICIA ESPIN POZO                                                             |
| RUT                                      |                                                                                 |
| Programa                                 | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MAS SONRISAS PARA CHILE SIN PROTESIS |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                                                      |
| Horas trabajadas semanales               | 6                                                                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                                                      |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                                                      |
| Fecha Informe                            | 18-08-2024                                                                      |

|              |                |               |
|--------------|----------------|---------------|
| MONTO BOLETA | <b>250.114</b> | <b>No:328</b> |
|--------------|----------------|---------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-07-2024 | HASTA: 17-08-2024 |
|                    |                   |                   |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| Nº       | Funciones según PRAPS                                         | Nº de Actividades | Observaciones       |
|----------|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| <b>1</b> | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS SIN PROTESIS | <b>2 ALTAS</b>    | <b>SIN PRÓTESIS</b> |

**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro, por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>CATALINA CASTILLO MIRANDA<br/>DIRECTORA<br/>CESFAM CARDENAL CARO<br/>LA SERENA</p> |
| <p>Nombre Completo: <b>PATRICIA ESPIN POZO</b><br/>RUT:</p>                       | <p>Nombre Completo:<br/>RUT:</p>                                                                                                                                                                                 |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>                                                                                                                                                                        |
| <p>Nombre Completo:<br/>RUT:</p>                                                  | <p>Nombre Completo:<br/>RUT:</p>                                                                                                                                                                                 |