



| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION |
|--------------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR |
| Nombre Completo | SCARLETT DANIELA AGUILAR NAVARRO |
| RUT | |
| Programa | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MÁS SONRISAS PARA CHILE CON PROTESIS |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE |
| Días licencia | NO PROCEDE |
| Fecha Informe | 18-08-2024 |

| | |
|--------------|---------------------------------|
| MONTO BOLETA | 1.075.920 BOLETA N° 27 |
|--------------|---------------------------------|

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|---|
| 1 | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS | 4 | <ul style="list-style-type: none"> - 2 juegos de prótesis parciales - 1 prótesis parcial superior - 1 prótesis parcial inferior |

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 style="text-align: center;"><i>NO aplica.</i></p> |
| <p>Nombre Completo: Scarlett Daniela Aguilar Navarro RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |