



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	Vanessa Ignacia Rodríguez Aguirre
RUT	
Programa	CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE ALTAS ODONTOLOGICAS DE HOMBRES CON PROTESIS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18 de Agosto

MONTO BOLETA	<b>806.940 N° 48</b>
--------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
	<b>18-07-2024</b>	<b>17-08-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A HOMBRES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS	<b>3</b>	<b>5 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 style="text-align: center; color: blue;">NO aplica.</p>
<p><b>Nombre Completo: Vanessa Ignacia Rodríguez Aguirre</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

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