



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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR |
| Nombre Completo | FELIPE ANDRES GUTIÉRREZ DUARTE |
| RUT | |
| Programa | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE ALTAS ODONTOLOGICAS DE HOMBRES SIN PROTESIS |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE |
| Días licencia | NO PROCEDE |
| Fecha Informe | 23-9-2024 |

| | | |
|--------------|----------------|-----------------------------|
| MONTO BOLETA | 250.114 | NUMERO DE BOLETA 174 |
|--------------|----------------|-----------------------------|

| | | |
|--------------------|------------------|------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-8-2024 | HASTA: 17-9-2024 |
|--------------------|------------------|------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|-------------------------|
| 1 | ALTAS ODONTOLOGICAS A HOMBRES MAYORES DE 20 AÑOS SIN PROTESIS | 2 | 2 ALTAS CLINICAS |

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.

| | |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: FELIPE GUTIERREZ D RUT: | Nombre Completo: RUT: |

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