



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	MACARENNA CAMILA AROS VILCHES
RUT	
Programa	CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MAS SONRISAS PARA CHILE SIN PROTESIS.
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	NO PROCEDE
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-09-2024

MONTO BOLETA	<b>\$ 750.342 N° DE BOLETA 70</b>
--------------	-----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa <b>18-08-2024</b>	HASTA: dd - mm- aaaa <b>17-09-2024</b>
--------------------	---	---

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS SIN PROTESIS	<b>6</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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <div style="text-align: center;">  <p>CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA</p> </div>
<p><b>Nombre Completo: Macarena Camila Aros Vilches</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Catalina Castillo</i> <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>



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	FLAVIO FUENTEALBA CARTES
RUT	
Programa	CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MÁS SONRISAS PARA CHILE CON PROTESIS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	SEPTIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	<b>268.980 N°353</b>
--------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-08-2024	HASTA: 17-09-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS	<b>1</b>	<b>2 PROTESIS</b>