



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

|                                          |                                                                                        |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA                                                             |
| Nombre Completo                          | RENATO ANDRES YAGNAM ROJAS                                                             |
| RUT                                      |                                                                                        |
| Programa                                 | CONVENIO MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA COMPONENTE PROTESIS EN APS |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                                                             |
| Horas trabajadas semanales               | 4 PROTESIS REMOVIBLES ACRILICAS                                                        |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                                                             |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                                                             |
| Fecha Informe                            | 18-09-2024                                                                             |

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>\$485.356 y N°214</b> |
|-------------------|--------------------------|

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

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

| N°       | Funciones según PRAPS                                                                          | N° de Actividades | Observaciones                            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| <b>1</b> | RESOLUCION DE ESPECIALIDADES EN APS, PROTESIS REMOVIBLES CONFECCIONADAS POR ODONTOLOGO GENERAL | <b>4</b>          | <b>PROTESIS ACRILICAS EN 2 PACIENTES</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><b>Nombre Completo: RENATO YAGNAM ROJAS</b><br/><b>RUT:</b> .....</p>          | <p><b>Nombre Completo: LIZETTE GALLARDO LEDEZMA</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                             |