



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	LAURA ROMANIELLO CABALIN
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	18 SEPTIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	<b>2689800</b>
N BOLETA	<b>176</b>

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS	<b>10 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> <i>Kaura Romanetto</i> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____