



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

| | |
|--|---|
| Establecimiento | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR |
| Nombre Completo | SCARLETT DANIELA AGUILAR NAVARRO |
| RUT | |
| Programa | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MÁS SONRISAS PARA CHILE CON PROTESIS |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE |
| Días licencia | NO PROCEDE |
| Fecha Informe | 18-10-2024 |

| | |
|--------------|----------------------------------|
| MONTO BOLETA | 1.882.860 N° BOLETA: 35 |
|--------------|----------------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 - 09- 2024 | HASTA: 17 - 10- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

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

| Nº | Funciones según PRAPS | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|--|
| 1 | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS | 7 | -5 JUEGOS DE PRÓTESIS PARCIALES (SUPERIOR E INFERIOR) -1 PRÓTESIS PARCIAL INFERIOR -1 PRÍTESIS PARCIAL SUPERIOR |

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: Scarlett Daniela Aguilar Navarro RUT: | Nombre Completo: RUT: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |