



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

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

| | |
|--------------|-----------------------------------|
| MONTO BOLETA | \$2.689.800 BOLETA N° 59 ✓ |
|--------------|-----------------------------------|

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

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|---------------|
| 1 | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS | 10 | |

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>  |
| <p>Nombre Completo: Javiera Analuisa Ramírez Contreras RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> RUT: <i>ENFERMERA</i></p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |