



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	CRISTÓBAL ALEJANDRO ELIZONDO ROJAS
RUT	
Programa	CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MAS SONRISAS PARA CHILE SIN PROTESIS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	NOVIEMBRE

MONTO BOLETA	<b>\$375.171- N°13</b>
--------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa <b>01-11-2024</b>	HASTA: dd - mm- aaaa <b>30-11-2024</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>3</b>	<b>3 ALTAS SIN PROTESIS</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>Fabián Jamet Rivera Subdirector</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Cesfam Dr. E. Schaffhauser - <b>RUT:</b> La Serena</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>COORDINADOR DEPTO. SALUD Francisco Fredes Montañán</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN LA SERENA</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>