

| | |
|-------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION CÓDIGO 201 |
|-------------------------------|--|

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | Raúl Silva Henríquez |
| Nombre | Cristian Felipe Mc-Lean Moreno |
| Profesión | Odontólogo |
| Horas trabajadas | 22 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | Marzo |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 890.638 |
|--------------|---------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-03-2024 | HASTA: 31-03-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1 | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones) | 10 |
| 2 | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO) | 36 |
| 3 | Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival) | 4 |
| 4 | Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar) | 3 |
| 5 | Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes) | 1 |
| 6 | Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles) | 0 |
| 7 | Consejería breve en tabaco | 0 |
| 8 | Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados) | 0 |

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

No Aplica

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 Programa. 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.

| | |
|---------------|------------|
| FIRMA | |
| FECHA INFORME | 18-03-2024 |

| | |
|--------------------------------|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Firma pres |
| Nombre: | Nombre: Cris McLean Moreno |

