

| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM Pedro Aguirre Cerda |
| Nombre Completo | Amparo Aytana Darros Pino |
| RUT | |
| Programa | Continuidad de la atención, de Lunes a Viernes |
| Profesión | CIRUJANO DENTISTA |
| Horas trabajadas semanales | 22 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No aplica |
| Días licencia | No aplica |
| Fecha Informe | 18/06/2024 ✓ |

| | |
|------------------|--------------------|
| NÚMERO DE BOLETA | 11 ✓ |
| MONTO BOLETA | \$890.638 ✓ |

| | | |
|--------------------|-----------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 06 - 2024 | HASTA: 30 - 06- 2024 ✓ |
|--------------------|-----------------------|------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|---|---|------------|
| 1 | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones) | 21 |
| 2 | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO) | 102 |
| 3 | Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y subgingival) | 24 |
| 4 | Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar) | 3 |
| 5 | Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes) | 0 |
| 6 | Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles) | 6 |
| 7 | Consejería breve en tabaco | 3 |
| 8 | Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados) | 0 |

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 (D. Natural o D. Jurídica) | <div style="text-align: center;">  Timbre y Firma Director/a CESFAM  <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> </div> |
| Nombre Completo:  RUT: | Nombre Completo: ENFERMERA RUT: |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: | Nombre Completo: |