



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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | Cesfam Juan Pablo II |
| Nombre Completo | Viviana Ivette Cordero Torres |
| RUT | |
| Programa | ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 9 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/08/2024 |

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | Boleta N° 354 monto \$ 165.996 |
|-------------------|---------------------------------------|

| | | |
|--------------------|---|---|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa 18-07-2024 | HASTA: dd - mm- aaaa 17-08-2024 |
|--------------------|---|---|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|--|-------------------|--|
| 1 | Acciones recuperativas realizadas en atenciones de morbilidad para mayores de 20 años en extensión horaria | 27 | Convenio mejoramiento del acceso a la atención odontológica morbilidad del adulto |



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: Viviana Ivette Cordero Torres RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz RUT:</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> |