



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

|                                          |                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS                             |
| Nombre Completo                          | GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA               |
| RUT                                      |                                                  |
| Programa                                 | ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                       |
| Horas trabajadas semanales               | 15                                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                                |
| Días licencia                            | 0                                                |
| Fecha Informe                            | 18/08/2024                                       |

|                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>276.660, N° boleta: 121</b> |
|-------------------|--------------------------------|

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

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| N°       | Funciones según PRAPS                                                                                      | N° de Actividades | Observaciones                                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | Acciones recuperativas realizadas en atenciones de morbilidad para mayores de 20 años en extensión horaria | <b>69</b>         | <b>Convenio mejoramiento del acceso a la atención odontológica morbilidad del adulto</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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA<br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b> Francisca Arredondo L.<br/><b>RUT:</b> Nutricionista</p>                                        |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>                                                                                  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                             |