Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

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

tablecimiento	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	31/12/2024

NÚMERO DE BOLETA	23
MONTO BOLETA	**$890.638**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 – 12 - 2024	HASTA: 31 - 12- 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	**16**
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	**20**
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y subgingival)	**22**
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	**4**
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	**5**
6	Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	**2**
7	Consejería breve en tabaco	**0**
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 (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	DIRECCIÓN - CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO AGUIRRE CERDA LA SERENA Lizette Cerezma Gallardo ENFERMERA

Nombre Completo: Amparo Aytana Darros Pino **RUT:**	**Nombre Completo:** Lizette Lefezma Gallardo **RUT:** ENFERMERA
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**