



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

|  |  |
|--|--|
| Establecimiento                          | CESFAM Pedro Aguirre Cerda                       |
| Nombre Completo                          | Valentina Alejandra Pacha Rojas                  |
| RUT                                      |  |
| Programa                                 | ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                       |
| Horas trabajadas semanales               | 7 horas L-V                                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0  |
| Días licencia                            | 0  |
| Fecha Informe                            | 18 - 07 -2024 ✓                                  |

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>129.108 N° 29</b> ✓ |
|-------------------|------------------------|

|                    |                       |                         |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 - 06 - 2024 | HASTA: 17 - 07 - 2024 ✓ |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|

|  |
|--|
| <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>10</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: Valentina Alejandra Pacha Rojas</b><br/>RUT:</p>           | <p><b>Nombre Completo: Lissette Ledezma Gallardo</b><br/>RUT:</p>  |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/>RUT:</p>   | <p><b>Nombre Completo:</b><br/>RUT:</p>  |