

MES: _____ AÑO: _____ ESTABLECIMIENTO CIS / UAPS: _____

NOTA: ENVIAR LOS INFORMES ORIGINALES O LEGIBLES, ORDENADOS DE ACUERDO A ESTA HOJA Y COMPLETOS, LOS DIAS 5 DE C/MES

	EJEMPLARES A ENVIAR	OBSERVACIÓN
AT2-R ATENCIONES (MEDICO, ESPEC., ENF. PROF. AUX.....	1	
R.M. RENDIMIENTO MEDICO	1	
SINOVA-2 FORMULARIOS CONS.MENSUAL DE VACUNAS (VAC, G.E-2 INF-2, DESP-2).....	1	c/u
COVID-2 - FORMULARIO MENSUAL VACUNAS CONTRA LA COVID 19.....	1	
SO-2....ODONTOLOGIA (1 CONSOLIDADO Y 1 INDIVIDUAL DEL MÉDICO).....	2	
HORA ODONTOLOGO.....	1	
TB-9.... PLANILLA MENSUAL DE TUBERCULOSIS.....	1	
TB-3...LOCALIZACIÓN Y CASOS CERRADOS DE TUBERCULOSIS.....	1	
MORBILIDAD INFORME MENSUAL DE MORBILIDAD.....	1	
VS 2005 ATENCIONES PERSONAL COMUNITARIO.....	2	
R.H REHIDRATACIÓN ORAL.....	1	
S.M.... SALUD MENTAL (SM-2 = 1, SM-3 =1 Y SM-7 = 1)	2	
***CONSEJERIAS DE FAMILIA (ACT. JURDICAS, ACT. TRABAJO SOCIAL).....	2	
TRANS 2 -- NOTIFICACIÓN TRANSMISIBLES MENSUAL.....	1	
RAB-05 ZOONOSIS.....	1	
I.T.S -2 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	1	
CS-2 CONSOLIDADO MENSUAL CONSEJERIA	1	
PPTMH PROGRAMA DE PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VIH MADRE-HIJO.....	1	
DEFUNCIONES (MORT) INFORME MENSUAL DEFUNCIONES.....	1	
3.1 MONITORIA MENSUAL ACT. DE PLANIF. FAMILIAR... ..	1	
(SIAFI) ATENCION A EMBARAZADAS Y MEF.....	1	
VPH, IVAA AUTOTOMA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO.....	1	
ATENCIONES NUTRICIONALES.....	1	
ACTIVIDADES EN PROMOCIÓN (ENF. VECTORIALES = 1, ENF. MALARIA, OTROS = 1.....	2	

***OBSERVACIONES: LAS CONSEJERIAS DE FAMILIA SOLO LAS DEBERAN PRESENTAR LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: LAS CRUCITAS, VILLA ADELA, PEDREGAL, CAÑADA, MANCHEN, BOSQUE, ALONSO, PINOS.

NOTA: SE SOLICITA NO HACER CAMBIOS DE FORMATOS SIN AUTORIZACIÓN DE AGI REGIONAL

FECHA DE ENVIO A AGI RSMDC: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____

PERSONA QUE RECIBE INFORME EN AGI / RSMDC: _____ HORA: _____