

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II
Nombre Completo	Sebastián Fernando Barrientos Torres
RUT	
Programa	201 SUELDO GENERAL ODONTOLOGO CES JPII MAYO 2024 22 HRS. SEMANALES
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	22
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 - 05 - 2024

NÚMERO DE BOLETA	<b>BOLETA N°5</b>
MONTO BOLETA	<b>890638</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 05 - 2024	HASTA: 31 - 05 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

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

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>24</b>
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>8</b>
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y subgingival)	<b>66</b>
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>0</b>
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>5</b>
6	Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	<b>3</b>
7	Consejería breve en tabaco	<b>0</b>
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados) -	<b>2</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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> <i>Sebastián Fernando Barrientos Torres</i> <b>RUT:</b> _____	 <b>Nombre Completo:</b> <i>Carole Ruiz Salas</i> <b>RUT:</b> _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------