



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM Cardenal Caro
Nombre Completo	Aracelli Paz Parada Montano
RUT	
Programa	Extensión horaria dental
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas semanales	3 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2023 - 17/04/2024

MONTO Y N° BOLETA	\$54.801, boleto N° 130
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 11/04/2024	HASTA: día - mes- año 11/04/2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	7	Resina compuesta
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	4	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	4	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
7	Consejería breve en tabaco		
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)		

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>Nombre Completo: Aracelli Paz Parada Montano RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Catalina Castillo RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM Cardenal Caro
Nombre Completo	Aracelli Paz Parada Montano
RUT	
Programa	Extension horaria dental
Profesión	Cirujana Dentista
Fecha de informe	20/05/2024

Numero de Boleta	Nº 130
Monto Boleta	\$54801

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/03/2024	17/04/2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia
No me encontraba en la ciudad en el periodo de entrega de boletas, estaba en Santiago realizando una capacitación.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: Aracelli Paz Parada Montano RUT: 9	Nombre Completo: Catalina Cornejo RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT: