

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

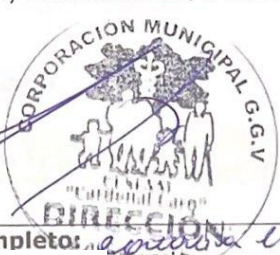
Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	Patricia Jacqueline Espín Pozo
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	CIRUJANA DENTISTA
Fecha de informe	18/05/2024

Numero de Boleta	318
Monto Boleta	82.876

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-04- 2024	HASTA: 17 - 05- 2024
--------------------	--------------------	----------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Estimados junto con saludarlos, paso a pedir las disculpas del caso por el olvido en el cobro de una de extensión que realice el día Sábado 27 de abril del 2024, dado igual que yo me encontraba con vacaciones del día 6 al 20 de Mayo, justo en la fecha en que se debían entregar las boletas, por lo cual apelo a su comprensión y pido se me permita cobrar dicho día u horas en este caso que serían 4 horas de extensión que fueron realizadas por mi persona. Agradezco por su comprensión.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: Patricia Espín Pozo RUT:	Nombre Completo: <i>Patricia Espín Pozo</i> RUT: <i>10.111.111-1</i>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:
RUT:



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL JOSE MARIA CARO
Nombre Completo	PATRICIA ESPIN POZO
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA DENTAL
Profesión	CIRUJANA DENTISTA
Horas trabajadas semanales	CUATRO
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	82.876 BOLETA N0: 318
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 04- 2024	HASTA: 17 - 05- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	10	RESINAS
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	5	EDUCAION Y FLUOR
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	2	DESTARTRAJE
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	7	
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: Patricia Espin Pozo RUT:	Nombre Completo: <i>Patricia Espin Pozo</i> RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: