



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSION DENTAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	KATHERINA CONSTANZA JARA OLIVARES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL SABADO
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	22-10-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$82.876 / N boleta: 64</b>
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 08- 2024	HASTA: 20 - 09- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	8	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	-	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	1	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	-	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	1	
6	Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	1	
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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Katherina Constanza Jara Olivares RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Catalina Carulla</i> 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	KATHERINA CONSTANZA JARA OLIVARES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL SABADO
Profesión	ODONTÓLOGO
Fecha de informe	22 DE OCTUBRE

Numero de Boleta	<b>64</b>
Monto Boleta	<b>\$82.876.-</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 08- 2024	HASTA: 20 - 09- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

Durante la semana correspondiente a las fiestas patrias estuve fuera de la ciudad, lo que me imposibilitó de llevar los documentos impresos y firmados como corresponde al centro de salud en las fechas estipuladas por la extensión dental realizada el día sábado 31 de agosto. Es por esto que quedé fuera del proceso del mes anterior. Esperando puedan comprender las circunstancias de la situación. Desde ya, muchas gracias.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	 <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>
Nombre Completo: Katherina Constanza Jara Olivares RUT:	Nombre Completo: <i>Katherina Constanza Jara Olivares</i> RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa   Nombre Completo: RUT:
--