

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	KATHERINA JARA OLIVARES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL
Profesión	ODONTOLOGA
Fecha de informe	19 DE OCTUBRE DE 2024

Numero de Boleta	<b>Nº 60</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**

**BOLETA CORRESPONDIENTE AL PERIODO SEPTIEMBRE DE 2024, NO PRESENTADA POR ENCONTRARSE FUERA DE LA CIUDAD.**

Titular (o representante de las ) P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo: KATHERINA JARA OLIVARES</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

---

**Nombre Completo:**  
**RUT:**



**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**      **INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSION DENTAL**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	KATHERINA JARA OLIVARES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL
Profesión	ODONTOLOGA
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	14 DE SEPTIEMBRE DE 2024

MONTO Y Nº BOLETA      \$ 82.876.- Nº 60

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	8	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental. periodontal (dctartrajes supra y sub gingival)	2	
4	Tratamiento dental. endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	1	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos medico 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> KATHERINA JARA OLIVARES <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO CORTES <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>