

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

Establecimiento	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Nombre Completo	Valentina Alejandra Pacha Rojas
RUT	
Programa	Continuidad horaria extensión dental sábado, domingo y festivos.
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas	4 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024 ✓



MONTO Y N° BOLETA	82.876,- N° 37 ✓
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-11-2024	HASTA: 30-11-2024 ✓
--------------------	-------------------	---------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	2	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	2	
3	Tratamiento dental, periodontal (destartrajes supra y sub gingival)	4	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	0	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	0	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	2	
7	Consejería breve en tabaco	0	
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	0	

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: Valentina Alejandra Pacha Roias RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: Lissette Ledezma Gallardo 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>