

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

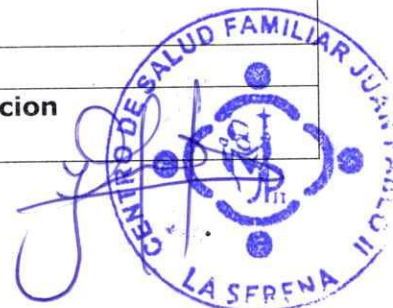
Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	VIVIANA CORDERO TORRES
RUT	
Programa	EXTENSION DENTAL DIA SABADO
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	Boleta n° 362 Monto \$ 82876
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/12/2024	HASTA: día - mes- año 31/12/2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	4	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	6	
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)	1	Fluoracion



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: Viviana Cordero Torres RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Juan diego Muñoz Ossandón RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>