



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

Establecimiento	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Nombre Completo	Javiera Analuisa Ramírez Contreras
RUT	
Programa	Continuidad horaria extensión dental sábado, domingo y festivos.
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas	08 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-04-2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$165.752 N° 73</b>
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-04-2025	HASTA: 30-04-2025
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>6</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>12</b>	
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (destratajes supra y sub gingival)	<b>6</b>	
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>0</b>	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>4</b>	
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	<b>0</b>	
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	<b>0</b>	
<b>8</b>	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	<b>0</b>	

**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><b>Nombre Completo: Javiera Analuisa Ramírez Contreras</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Lissette Ledezma Gallardo</b> <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p><b>Dr. Jean Paul Chate</b> Coordinador de Salud</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>