



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

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS     |
| Nombre Completo                          | GUILLERMO IVÁN LUBI LEÓN |
| RUT                                      |                          |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA DENTAL |
| Profesión                                | CIRUJANO DENTISTA        |
| Horas trabajadas semanales               | 4 HRS                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                |
| Días licencia                            | NO APLICA                |
| Fecha Informe                            | 30-06-2025               |

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>82876 , N° 259</b> |
|-------------------|-----------------------|

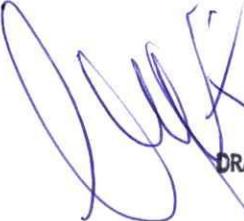
|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-06-2025 | HASTA: 30-06-2025 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| N°       | Funciones según PRAPS   | N° de Actividades | Observaciones                 |
|----------|---|-------------------|-------------------------------|
| <b>1</b> | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)                      | <b>4</b>          | <b>Restauración composite</b> |
| <b>2</b> | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)                      | <b>3</b>          |                               |
| <b>3</b> | Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)  | <b>3</b>          |                               |
| <b>4</b> | Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar) |                   |                               |
| <b>5</b> | Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)  | <b>1</b>          |                               |
| <b>6</b> | Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)     |                   |                               |
| <b>7</b> | Consejería breve en tabaco  | <b>1</b>          |                               |
| <b>8</b> | Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)    | <b>1</b>          | <b>Receta</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:</b> GUILLERMO IVÁN<br/><b>LUBJ I EÓN</b><br/><b>RUT:</b> _____</p> | <p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Trancoso Checcón<br/><b>RUT:</b> _____<br/>Kinesióloga</p>                              |

|  |   |
|--|---|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>   <p><b>DRA. CAMILA HERRERA KARL</b><br/>Cirujano Dentista<br/><b>RUT:</b> _____</p> | <p>Timbre y firma Jefe Upto. de Salud</p>   |
| <p><b>Nombre Completo:</b> _____<br/><b>RUT:</b> _____</p>   | <p><b>Nombre Completo:</b> _____<br/><b>RUT:</b> _____</p>  |