

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

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	NATALIA GAETE AGUIRRE
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL SÁBADO
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$82.876 / N boleta: 128</b>
-------------------	---------------------------------

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

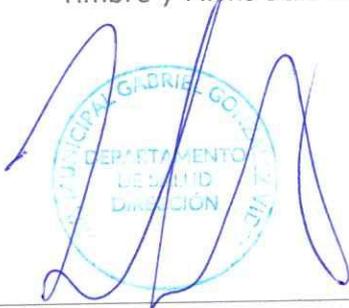
<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

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

**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: NATALIA GAETE AGUIRRE</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</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>