



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	Oswaldo Acosta Cortes.
RUT	
Programa	MORBILIDAD DIA SABADO ✓
Profesión	Odontólogo.
Horas trabajadas semanales	4 horas. ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	No corresponde.
Días licencia	No corresponde.
Fecha Informe	30/06/25 ✓

MONTO Y N° BOLETA	82.876 N° 39 ✓
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 1-06-25 ✓	HASTA: 30-06-25 ✓
--------------------	------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	5	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	0	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	3	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	1	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	1	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	0	
7	Consejería breve en tabaco	3	
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: Osvaldo Acosta Cortes RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <p>DRA. CAMILA HERRERA KARI Ciri RUT</p>  	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>