

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA **INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSION DENTAL**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	KATHERINA JARA OLIVARES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL
Profesión	ODONTOLOGA
Horas trabajadas semanales	8 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE JUNIO DE 2025 /

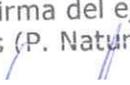
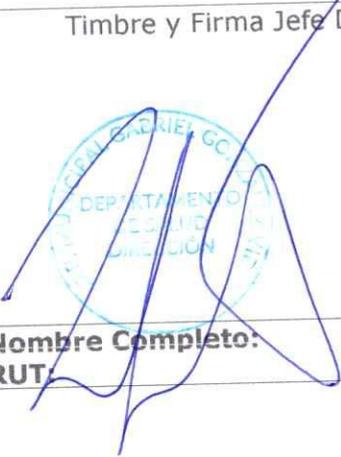
MONTO Y N° BOLETA **\$ 165.752.- N° 69 /**

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	12	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
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)	2	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	1	
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. Jurídica)</p> 	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: KATHERINA JARA OLIVARES RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>   <p>DRA. CAMILA HERRERA KARI Ciru: RUT:</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>