



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

Establecimiento	CLÍNICA DENTAL MÓVIL
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ GALAZ ULLOA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	8 HRS (SÁBADO 28 DE JUNIO)
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	30/06/2025

MONTO Y N° BOLETA	\$165.752, N°7
-------------------	-----------------------

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)	4	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	2	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	8	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	-	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	1	
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 style="text-align: center; color: blue;">no aplica</p>
<p>Nombre Completo: María José Galiz Ulloa RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <p style="text-align: right; color: blue;">DRA. CAMILA HERRERA KARL</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>