



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

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | Munir Alfonso Sfeir Bortolotti |
| 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° 23 |
|-------------------|---------------------|

| | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-06-25 | HASTA: 30-06-25 |
|--------------------|-----------------|-----------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1 | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones) | 11 | |
| 2 | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO) | 1 | |
| 3 | Tratamiento dental, periodontal (destartrajes supra y sub gingival) | 2 | |
| 4 | Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar) | 1 | |
| 5 | Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes) | 0 | |
| 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.

| | |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: Munir Alfonso Sfeir Bortolotti RUT: | Nombre Completo: Juan Diego Muñoz RUT: |

| | |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa DRA. CAMILA HERRERA KARL Ciru RUT | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |