



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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA SABATINA
Profesión	ODONTÓLOGO
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-05-2024


MONTO Y N° BOLETA	<b>331504 N° boleta: 242</b>
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-04-2024	HASTA: 17-05-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>9</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>1</b>	<b>Fluor</b>
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>19</b>	
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>2</b>	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>12</b>	
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	<b>10</b>	<b>recetas</b>
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	<b>0</b>	
<b>8</b>	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	<b>13</b>	<b>Interconsulta prótesis y endodoncia, cirugía MF</b>

**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: GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcó</b> <b>RUT:</b> Kinesióloga</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>





**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN
RUT	
Programa	EXTENSIÓN DENTAL SABATINA
Profesión	ODONTÓLOGO
Fecha de informe	18-05-2024

Numero de Boleta	<b>242</b>
Monto Boleta	<b>331504</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-04-2024	HASTA: 17-05-2024
--------------------	-------------------	-------------------

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**  
 Por motivos de error de digitación y por vencimiento de plazo no pude enviar la boleta a tiempo.

---



---



---




---



---



---

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo: GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón</b> <b>RUT:</b> Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa

---

**Nombre Completo:**