



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	CAROLINA GALVEZ CONTRERAS
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	4HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	JUNIO


MONTO Y N° BOLETA	\$25680, N° 108
-------------------	-----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 05- 2024	HASTA: 17 - 06 - 2024
--------------------	----------------------	-----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN
2	Preparación de insumos		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN
3	Preparación de box		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN
4	Prelavado y transporte de material		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN
5	Retiro de material estéril		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN
6	Asistencia dental en box		ASISTENCIA A LA DRA ESPIN

**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><b>Nombre Completo:</b> CAROLINA GALVEZ CONTRERAS <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Contreras</i> <b>RUT:</b></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>