



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

Establecimiento	CESFAM RAÚL SILVA HENRÍQUEZ
Nombre Completo	ERCIRA JAIME BARRAZA
RUT	
Programa	EXTENSIÓN DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	JULIO

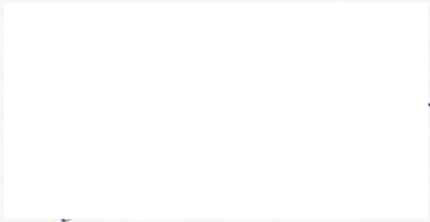


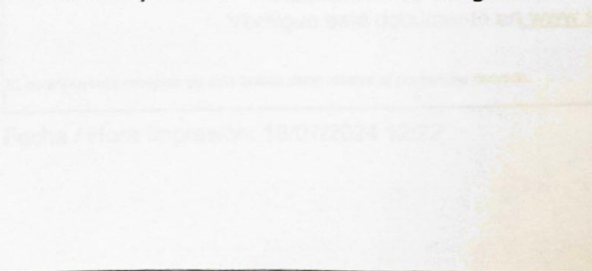
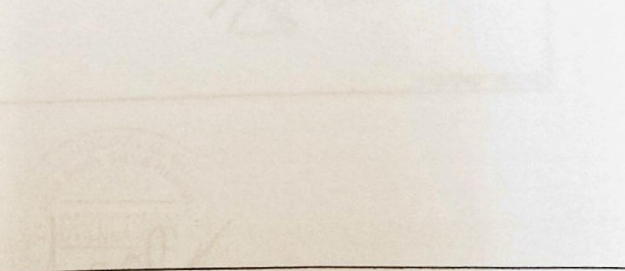
MONTO Y N° BOLETA	N°140 25680
-------------------	-------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - JUNIO- 2024	HASTA: 17 - JULIO- 2024
--------------------	-------------------------	-------------------------

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

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

**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:</b> ERCIRA JAIME BARRAZA <b>RUT:</b> [Redacted]</p>	<p><b>Nombre Completo:</b>  Carolina Puga Pichuante <b>RUT:</b> [Redacted] Enfermera</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>