



Los antecedentes presentados en este informe han sido registrados en el Sistema de Información de Salud (SIS) de la Municipalidad de La Serena, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del PRAPS, el cual es el instrumento que permite el monitoreo y control de la calidad de la atención de salud por parte de los establecimientos de salud y que contribuye a la mejoría de

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

Establecimiento	CESFAM RAÚL SILVA HENRÍQUEZ
Nombre Completo	LORENA ZARRICUETA CONCHA
RUT	
Programa	EXTENSIÓN DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	12 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 JULIO



MONTO Y N° BOLETA	69180 N°367
-------------------	-------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes	24	
2	Preparación de insumos	24	
3	Preparación de box	4	
4	Prelavado y transporte de material	4	
5	Retiro de material estéril	4	
6	Asistencia dental en box	24	

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>Nombre Completo: LORENA ZARRICUETA CONCHA RUT: [Redacted]</p>	<p>Nombre Completo: Carolina Puga Pichuanche RUT: [Redacted] Enfermera</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>