



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

Establecimiento	Cesfam cardenal Jose Maria caro
Nombre Completo	Karen Elizabeth Millar Martinez
RUT	
Programa	continuidad
Profesión	Asistente dental
Horas trabajadas semanales	4 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	No aplica
Días licencia	No aplica
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>25.680 / 244</b>
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18- 03- 2024	HASTA: 17-04-2024
--------------------	---------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Recepción de pacientes	<b>8</b>	
<b>2</b>	Preparación de insumos	<b>8</b>	
<b>3</b>	Preparación de box	<b>8</b>	
<b>4</b>	Prelavado y transporte de material	<b>8</b>	
<b>5</b>	Retiro de material estéril	<b>8</b>	
<b>6</b>	Asistencia dental en box	<b>8</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:</b> Karen millar martinez <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Catalina Cortés <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>

