



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

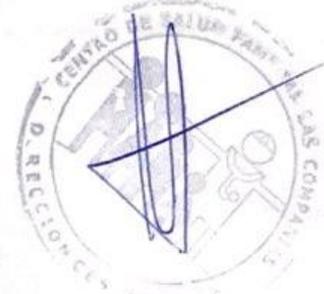
| | |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Las Compañías |
| Nombre Completo | Andrea Alejandra Pastén Araya |
| RUT | |
| Programa | Extensión sabatina dental |
| Profesión | Asistente Dental |
| Horas trabajadas semanales | 8 hrs. sabatina |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18 Abril 2024 |

| | |
|-------------------|---------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$51.360 N°14 |
|-------------------|---------------|

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-----------------------------------|-------------------|---|
| 1 | Recepción de pacientes | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi (13-04-2024) |
| 2 | Preparación de insumos | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi (13-04-2024) |
| 3 | Preparación de box | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi, (13-04-2024) |
| 4 | Prelavado y trasporte de material | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi (13-04-2024) |
| 5 | Retiro de material estéril | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi (13-04-2024) |
| 6 | Asistencia dental en box | 16 | Doctor Torres (06-04-2024), Doctor Lubi (13-04-2024) |



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>Carolina Troncoso Ch. KINESIOLOGA R.U.T:</p> |
| <p>Nombre Completo: Andrea Alejandra Pastén Araya RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</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> |

