



|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EXTENSIÓN DENTAL</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | MANUEL MUÑOZ BARRAZA                 |
| RÚT                                      |                                      |
| Programa                                 | EXTENSION DENTAL                     |
| Profesión                                | TONS                                 |
| Horas trabajadas semanales               | 4 HORAS                              |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | 18 DE ABRIL DE 2024                  |
| MONTO Y Nº BOLETA                        | \$ 25.680.- Nº 100                   |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-03-2024 | HASTA: 20-04-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones según PRAPS              | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Recepción de pacientes             |                   |               |
| 2  | Preparación de insumos             |                   |               |
| 3  | Preparación de box                 |                   |               |
| 4  | Prelavado y transporte de material |                   |               |
| 5  | Retiro de material estéril         |                   |               |
| 6  | Asistencia dental en box           |                   |               |

**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: MANUEL MUÑOZ BARRAZA</b><br/><b>RUT:</b></p>               | <p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |