



| | |
|-------------------------|---|
| MUNICIPALIDAD DE SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EXTENSIÓN DENTAL |
|-------------------------|---|

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | MARIA MORA BRAVO |
| RUT | |
| Programa | EXTENSION HORARIA DENTAL |
| Profesión | ASISTENTE DENTAL |
| Horas trabajadas semanales | 4 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 18 DE JUNIO DE 2024 |

| | |
|-------------------|--------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$ 25.680.- N° 195 |
|-------------------|--------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-05-2024 | HASTA: 20-06-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Otras actividades |
|----|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: MARIA MORA BRAVO RUT:</p> | <p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES 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> |