



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

| | |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam cardenal jose maria caro |
| Nombre Completo | MARITZA ROJAS HUMERES |
| RUT | |
| Programa | Extensión horaria CONTINUIDAD |
| Profesión | ASISTENTE DENTAL |
| Horas trabajadas semanales | 8 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA |
| Días licencia | NO APLICA |
| Fecha Informe | 18 DE JULIO 2024 |

| | |
|-------------------|-------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 51360 N° 45 |
|-------------------|-------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| 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 | 16 | |
| 2 | Preparación de insumos | 16 | |
| 3 | Preparación de box | 16 | |
| 4 | Prelavado y transporte de material | 16 | |
| 5 | Retiro de material estéril | 16 | |
| 6 | Asistencia dental en box | 16 | |



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>Nombre Completo: MARITZA ROJAS RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Franco Rojas</i> 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> |