



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MAYTE QUINZACARA VEGA
RUT	
Programa	EXTENSION PROGRAMA DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	8 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	18 DE JULIO DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$ 51.360.- N°36
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-06-2024	HASTA: 20-07-2024
--------------------	-------------------	-------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones según PRAPS	N° 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: MAYTE QUINZACARA VEGA</b> <b>RUT: _____</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <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>