



ESTABLECIMIENTO DE SALUD	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
--------------------------	--

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MAYTE QUINZACARA VEGA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$ 25.680.- N° 41
-------------------	-------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-08-2024	HASTA: 20-09-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Actividad según PRAPS	N° de Atendidos	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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) 	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: MAYTE QUINZACARA VEGA RUT: _____	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: _____ RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____