



IDENTIFICACIÓN DE LA FIRMA	TIPO DE INFORME MENSUAL DE RECEPCIÓN/EXTENSIÓN DENTAL
----------------------------	---

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	JESSICA SILVA CANGANA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	15 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	18 DE OCTUBRE DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$ 94.335.- N° 142
-------------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-09-2024	HASTA: 20-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Actividad	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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESEAM</p> 
<p>Nombre Completo: JESSICA SILVA CANGANA 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>