



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

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM CRSH |
| Nombre Completo | YANIRA ELIZABETH TAPIA MEDALLA |
| RUT | |
| Programa | EXTENSION DENTAL |
| Profesión | TONS |
| Horas trabajadas semanales | 4HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18 OCTUBRE |

| | |
|-------------------|------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 25680 N°47 |
|-------------------|------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-09-2024 | HASTA: 17-10-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Recepción de pacientes | 8 | |
| 2 | Preparación de insumos | 8 | |
| 3 | Preparación de box | 8 | |
| 4 | Prelavado y transporte de material | 2 | |
| 5 | Retiro de material estéril | 2 | |
| 6 | Asistencia dental en box | 8 | |

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>Carolina Puaa Pichuante</p> |
| <p>Nombre Completo: YANIRA TAPIA MEDALLA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Enfermera 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> |