



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	KATHERINE FERNANDA ASTORGA VALENZUELA
RUT	-----
Programa	EXTENSIÓN HORARIA DENTAL (DÍA SÁBADO)
Profesión	AUXILIAR DENTAL
Horas trabajadas semanales	4 HRS.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/10/24

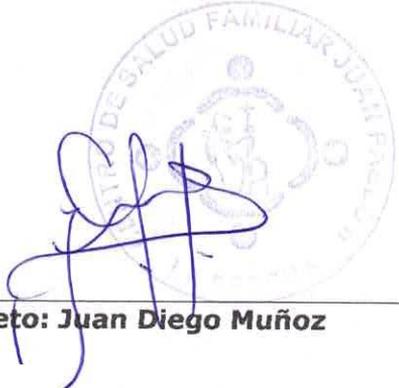
MONTO Y N° BOLETA	N° 12	\$25.680
-------------------	-------	----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/08/24	17/09/24

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Recepción de pacientes	15	
<b>2</b>	Preparación de insumos		
<b>3</b>	Preparación de box		
<b>4</b>	Prelavado y transporte de material		
<b>5</b>	Retiro de material estéril		
<b>6</b>	Asistencia dental en box	15	Cirujano Dentista Osvaldo Acosta (07/09/24)

**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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Katherine Astorga Valenzuela.</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón.</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>

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	KATHERINE FERNANDA ASTORGA VALENZUELA
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA DENTAL (DÍA SÁBADO)
Profesión	AUXILIAR DENTAL
Fecha de informe	18/10/24

Número de Boleta	12
Monto Boleta	\$25.680

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/08/24	17/09/24

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

No hice el cobro correspondiente al mes de septiembre COD. 207 porque estaba haciendo reemplazo en este establecimiento y no manejaba el sistema de boletas.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: Katherine Astorga Valenzuela</b> <b>RUT:</b>	 <b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>