



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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	ALEJANDRA ANDREA CASTRO RAMIREZ
RUT	
Programa	CONTINUIDAD HORARIA EXTENSION DENTAL ASISTENTE DENTAL L-V / S-D-F
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	20 HRS S-D-F
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>128.400 N°279</b>
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-11-2024</b>	<b>30-11-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes	SI	DRA. JAVIERA RAMIREZ
2	Preparación de insumos	SI	DRA. VALENTINA PACHA
3	Preparación de box	SI	
4	Prelavado y trasporte de material	SI	
5	Retiro de material estéril	SI	
6	Asistencia dental en box	SI	

**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: ALEJANDRA CASTRO RAMIREZ</b> <b>RUT</b></p>	<p><b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</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>