



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSION DENTAL
-------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MANUEL MUÑOZ BARRAZA
RUT	
Programa	EXTENSION PROGRAMA DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE NOVIEMBRE DE 2024




MONTO Y N° BOLETA	\$ 25.680.- N° 110
-------------------	--------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	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: MANUEL MUÑOZ BARRAZA 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:

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MANUEL MUÑOZ BARRAZA
RUT	-----
Programa	EXTENSION PROGRAMA DENTAL
Profesión	TONS
Fecha de informe	30-11-2024

Numero de Boleta	110
Monto Boleta	\$ 25.680.-

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

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

**BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2024, TURNO REALIZADO
DESPUES DEL CORTE DEL PERIODO**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: MANUEL MUÑOZ BARRAZA RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo: RUT: