



MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EXTENSIÓN 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 PERÍODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº 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 
--	--

<b>Nombre Completo:</b> MANUEL MUÑOZ <b>BARRAZA</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO <b>CORTES</b> <b>RUT:</b>
---	--

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
--	---

<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
--	--



**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	<b>110</b>
Monto Boleta	<b>\$ 25.680.-</b>

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 PERIOD**

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

Timbre y Firma Coordinadora Programa

COORDINADOR DEPTO. SALUD  
Francisco  
Freddy Montalván

**Nombre Completo:  
RUT:**

LA SERENA