



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN 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	4 HRS S-D-F
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>25.680 N°281</b>
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-12-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-12-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Recepción de pacientes	SI	DRA. JAVIERA RAMIREZ
<b>2</b>	Preparación de insumos	SI	
<b>3</b>	Preparación de box	SI	
<b>4</b>	Prelavado y transporte de material	SI	
<b>5</b>	Retiro de material estéril	SI	
<b>6</b>	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>