



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	CAROLINA GALVEZ CONTRERAS
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	6HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	28-02-2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$34590, N°119</b>
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-01-2025	HASTA: 31-01-2025
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes		ASISTENCIA A DRA LEIVA
2	Preparación de insumos		ASISTENCIA A DRA LEIVA
3	Preparación de box		ASISTENCIA A DRA LEIVA
4	Prelavado y transporte de material		ASISTENCIA A DRA LEIVA
5	Retiro de material estéril		ASISTENCIA A DRA LEIVA
6	Asistencia dental en box		ASISTENCIA A DRA LEIVA

**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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> CAROLINA GALVEZ CONTRERAS <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Contreras</i> <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  
2025**

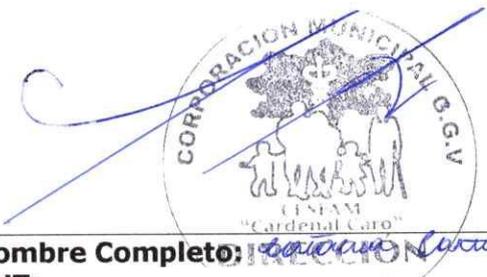
Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	CAROLINA GALVEZ CONTRERAS
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	TONS
Fecha de informe	28-02-2025

Numero de Boleta	<b>119</b>
Monto Boleta	<b>34590</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-01-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-01-2025</b>
--------------------	--	--

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

**Estimado justifico mi boleta atrasada mes de enero 2025  
Ya que tenia problemas del codigo**

<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: CAROLINA GALVEZ</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Galvez Contreras</i> <b>RUT:</b></p>

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