



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

Establecimiento	CESFAM LAS CIAS
Nombre Completo	ERICA XIMENA RAMIREZ NAIPIL
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	3HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	31-03-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$17295, N°228
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-02-2025	HASTA: 28-02-2025
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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: ERICA XIMENA RAMIREZ NAIPIL RUT:	Nombre Completo: Francisco Checcón RUT: Kinesióloga
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 LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	ERICA XIMENA RAMIREZ NAIPIL
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL.
Fecha de informe	31-03-2025

Numero de Boleta	228
Monto Boleta	\$17.295

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-02-2025	28-02-2025

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia
Por entrega de documentación fuera de
plazo.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Erica Ramirez Naipil RUT:	 Carolina Troncoso Checcón Nombre Completo: Kinesióloga RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
 Nombre Completo: RUT: