



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

Establecimiento	CESFAM CIAS
Nombre Completo	CAROLINA ANGELICA GAVIA ANGEL
RUT	
Programa	EXTENSION SABATINA
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	30-04-2025

N° BOLETA	56
MONTO	25.680

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-04-2025	HASTA: 30-04-2025
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes		ASISTENCIA A Dra Moreira
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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: CAROLINA GAVIA ANGEL RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: Caroline Troncoso Checcón RUT: _____ Kinesióloga</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>Dr. Jean Paul Onate Coordinador Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN</p>
<p>Nombre Completo: RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: RUT: _____</p>