

I. MU	NICIPALIDAD DE LA	INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL
	SERENA	

	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE	
DUT	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Programa	CONTINUIDAD HORARIA EXTENSIÓN DENTAL SABADO, DOMINGO, FESTIVOS	
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL	
Horas trabajadas semanales	8 HRS	
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	30-06-2025	

MONTO Y Nº BOLETA 51.360 Nº441

PERIODO DE INFORME DESDE: 01 - 06- 2025	HASTA: 30 - 06- 2025
PERIODO DE IM ON ILO	
	<u> </u>

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

No	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes		
2	Preparación de insumos		
3	Preparación de box		
4	Prelavado y trasporte 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

CENTRO DE STATE

PEDRO AGUIRRE CENTRO DE STATE

PEDRO AGUIRRE CENTRO DE STATE

PEDRO AGUIRRE CENTRO DE STATE

Nombre Completo: Mario Alberto Opazo
Poblete
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre Completo: RUT:

Nombre Completo; RUT: