



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

Establecimiento	DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CAROLINA BASUALTO LOIZA
RUT	
Programa	EXTENSION DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	3 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ 17295.- 114
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-05-2025	HASTA: 31-05-2025
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Recepción de pacientes		
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	
Nombre Completo: CAROLINA BASUALTO LOIZA RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  DRA. CAMILA HERRERA Cirujano Dentista RUT: 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUNA
Nombre Completo	CAROLINA BASUALTO LOIZA
RUT	
Programa	EXTENSION PROGRAMA DENTAL
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Fecha de informe	30-06-2025

Numero de Boleta	N° 114
Monto Boleta	\$ 17.295.-

PERIODO DE INFORME	DESDE 01-05-2025	HASTA: 31-05-2025
--------------------	------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2025, NO PRESENTADA POR ENCONTRARSE CON LICENCIA MEDICA.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  
Nombre Completo: CAROLINA BASUALTO LOIZA RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  
Nombre Completo: RUT: