



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

Establecimiento	CLINICA DENTAL ESCOLAR
Nombre Completo	CAROLINA GALVEZ CONTRERAS
RUT	
Programa	EXT. HORARIA DENTAL OPERATIVO CLINICA DENTAL MOVIL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	8HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	JUNIO

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$51360, N°124</b>
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 06 - 2025	HASTA: 30 - 06 - 2025
--------------------	-----------------------	-----------------------

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

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

**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)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  <i>no aplica</i>
<b>Nombre Completo: CAROLINA GALVEZ CONTRERAS</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>