



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

Establecimiento	DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MANUEL MUÑOZ BARRAZA
RUT	
Programa	EXTENSION DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ 25.680.- 118
-------------------	-----------------

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

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: MANUEL MUÑOZ BARRAZA RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>DR/ CAMILA HERC... [partially obscured]</p> <p><i>[Circular Stamp: MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS DE LOS RIOS, COORDINADOR DEPTO. SALUD]</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p><i>[Circular Stamp: MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS DE LOS RIOS, DEPARTAMENTO DE SALUD]</i></p>
<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>