

|                                  |                                                                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE<br>LA SERENA | INFORME MENSUAL CONTINUIDAD DE CUIDADOS<br>PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTOS (CACU) |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                   |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                                | CESFAM LAS COMPAÑIAS              |
| Nombre Completo                                | PABLO IGNACIO ZULETA GALLEGUILLOS |
| RUT                                            |                                   |
| Programa                                       | COMPONENTE CACU                   |
| Profesión                                      | ADMINISTRATIVO                    |
| Horas trabajadas<br>semanales                  | 09 HORAS                          |
| Días permiso<br>administrativo o<br>vacaciones | N/A                               |
| Días licencia                                  | A/A                               |
| Fecha Informe                                  | 02-12-2024                        |

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$ 49.500 N° 81 |
|-------------------|-----------------|

|                    |                                     |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br>18-10-2024 | HASTA: día - mes- año<br>31-10-2024 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

|                                         |
|-----------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|-----------------------------------------|

| N° | Funciones según PRAPS         | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | RESCATE TELEFÓNICO            | 72                | LLAMADOS      |
| 2  | CITACIÓN DE USUARIAS A EXAMEN | 34                | AGENDADOS     |

**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<br>prestaciones (Firma y RUT)      | Timbre y Firma Director/a CESFAM                                                                                                                                     |
| <b>Nombre Completo:</b> Ignacio Zuleta<br>Galleguillos<br><b>RUT:</b> | <br><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón<br><b>RUT:</b> Kinesióloga |

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