



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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	CECILIA ESTER STOJANOVIC PULGAR
RUT	
Programa	COMPONENTE CACU
Profesión	MATRONA
Horas trabajadas semanales	3
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30/NOVIEMBRE/ 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$37500/ N°74
-------------------	---------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
18/10/2024		30/10/2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EXAMEN DE PAPANICOLAU	8	-

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 
Nombre Completo: Cecilia Ester Stojanovic Pulgar RUT: _____	Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón RUT: _____ Kinesióloga
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: _____ RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CUIDADOS PREVENTIVOS CA CU – CA MAMAS COD 276)
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	JACQUELINE PATRICIA VIDAL CORDERO
RUT	
Programa	DETECCION PRECOZ CACU Y MAMAS
Profesión/cargo	Matrona
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 6 horas Sábados 0 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30/11/24

NUMERO DE BOLETA	637
MONTO BOLETA	75.000

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/10/24	31/10/24

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	TOMA DE EXAMEN PAPANICOLAU	15	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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 
Nombre Completo: JACQUELINE PATRICIA VIDAL CORDERO RUT: - - - - -	Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDON RUT: - - - - -

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: