



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTOS (CACU)

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM Las Compañías |
| Nombre Completo | Javiera Andrea Santoni Honores |
| RUT | |
| Programa | COMPONENTE CACU |
| Profesión | Matrón/Matrona |
| Horas trabajadas semanales | Sábados: 8 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA |
| Días licencia | NA |
| Fecha Informe | 18-07-2024 |

| | |
|-----------|------------------|
| N° BOLETA | 13 |
| MONTO | \$100.000 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 18-06-2024 | 17-07-2024 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1 | EXAMEN DE PAPANICOLAU | 14 | |

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.

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: Jorge Luis Illanes Fernández RUT: _____ | Nombre Completo: Francisca Arredondo I. RUT: _____ Nutricionista |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |