



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

| | |
|--|----------------------------|
| Establecimiento | CASFAM CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | DEBORA MALENA ANDREA OLIVA |
| RUT | |
| Programa | COMPONENTE CACU |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas semanales | 6 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/07/2024 |

MONTO Y N° BOLETA 33.000 N° 103

PERIODO DE INFORME DESDE: día - mes- año HASTA: día - mes- año
21-06-2024 20-07-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | RESCATE TELEFÓNICO | | |
| | CITACIÓN DE USUARIAS A EXAMEN | | |

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. Este 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 (jurídica)

Nombre Completo: **DEBORA MALENA ANDREA OLIVA**
RUT: _____

Timbre y Firma Director/a CESFAM

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo: _____
RUT: _____

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre Completo: _____
RUT: _____

| | |
|---|--|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: DEBORA OLIVA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Francisca Weber RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |