



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

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo                          | SOFIA SAAVEDRA CARVAJAL    |
| RUT                                      | /                          |
| Programa                                 | COMPONENTE CACU            |
| Profesión                                | MATRONA                    |
| Horas trabajadas semanales               | 4 HRS /                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                          |
| Días licencia                            | -                          |
| Fecha Informe                            | 19-08-2024 /               |

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>\$50.000 N° 124</b> / |
|-------------------|--------------------------|

|                    |                      |                        |
|--------------------|----------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 - 07- 2024 | HASTA: 17 - 08- 2024 / |
|--------------------|----------------------|------------------------|

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| N°       | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-----------------------|-------------------|---------------|
| <b>1</b> | EXAMEN DE PAPANICOLAU | <b>12</b>         | 7 NSP         |

**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.

|   |   |
|---|---|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p><i>Lizette Ledezma Gallardo</i></p> |
| <p><b>Nombre Completo: Sofía Saavedra C.</b><br/><b>RUT:</b></p>                  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> <p><i>ENFERMERA</i><br/><i>LA SEREN</i><br/><i>PEDRO AGUIRRE GERD</i></p>  |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>   |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>  |