Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

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

| | |
|---|---|
| *Establecimiento* | CESFAM Juan Pablo II |
| Nombre Completo | Josefa Flores Villagra |
| RUT | |
| Programa | Componente CaCu |
| Profesión | Matrona |
| Horas trabajadas semanales | 13 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| *Fecha Informe* | 18-09-2024 |

| | |
|---|---|
| N° BOLETA | **36** |
| MONTO | **$162.500** |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|---|---|---|
| | **18-08-2024** | **17-09-2024** |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **1** | EXAMEN DE PAPANICOLAU | 4 | |

**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:**<br>**RUT:** | **Nombre Completo:** Juan Diego Muñoz O.<br>**RUT:** |

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