



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

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	LISETTE PATRICIA RAMOS LÓPEZ
RUT	
Programa	COMPONENTE CACU
Profesión	MATRONA
Horas trabajadas semanales	12 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18-10-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$150.000 N° 15</b>
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 09- 2024	HASTA: 17 - 10- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EXAMEN DE PAPANICOLAU	36	22 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><b>Nombre Completo:</b> LISETTE PATRICIA RAMOS LÓPEZ <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Mercedes Jofre Cortés <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

EXAMEN DE PARANORMALIDAD

DECLARACION

Yo, el/la abajo firmante, declaro que he leído y he entendido el contenido del presente documento y he aceptado las condiciones de uso de los servicios de diagnóstico por imagen que se detallan en el presente documento. Asimismo, declaro que he aceptado las condiciones de uso de los servicios de diagnóstico por imagen que se detallan en el presente documento. Asimismo, declaro que he aceptado las condiciones de uso de los servicios de diagnóstico por imagen que se detallan en el presente documento.