

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones
(P. Natural o P. Jurídica)

Timbre y Firma Director/a CESFAM



Nombre Completo: MARIA E. OSSANDON R.
RUT:

Nombre Completo:
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo:
RUT:

Nombre Completo:
RUT:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	MARIA EUGENIA OSSANDON ROSALES
RUT	
Programa	COMPONENTE CACU
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas semanales	6
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	30-11-2024
MONTO Y N° BOLETA	\$ 33.000.- NRO. 117

PERIODO DE INFORME	DESDE: día 18 mes 10 año 2024	HASTA: día 31 mes 10 año 2024
--------------------	-------------------------------	-------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	RESCATE TELEFÓNICO	41	29 EFECTIVAS
	CITACIÓN DE USUARIAS A EXAMEN	29	

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.