



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

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | MAGALI DEL CARMEN BARRAZA GOMEZ |
| RUT | |
| Programa | COMPONENTE CACU - CODIGO 276 |
| Profesión | ADMINISTRATIVA |
| Horas trabajadas semanales | 12 HRS |
| Días licencia | |
| Fecha Informe | 30/06/2025 |
| VALOR HORA | \$ 4915 |

| | |
|-------------------|--|
| MONTO Y N° BOLETA | MONTO: \$ 58980 BOLETA N° 310 |
|-------------------|--|

| | | |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01/06/2025 ✓ | HASTA: día - mes- año 30/06/2025 ✓ |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

ENVIO CORREO: boletas.honorarios@corporacionlaserena.cl

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | RESCATE TELEFONICO | | |
| | CITACION 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. 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: MAGALI BARRAZA G
RUT: [Redacted]

Nombre Completo: CATALINA CASTILLO M.
RUT: [Redacted]

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Yobelli Arava Tirado

Nombre Completo:
RUT: [Redacted]

Matrona

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo:
RUT: [Redacted]