



| | |
|--------------------------------------|---|
| 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 | 09 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia | |
| Fecha Informe | 18-06-2024 |


| | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$49.500 | NRO. 108 |
|-------------------|-----------------|-----------------|

| | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día 18 mes 05 año 2024 | HASTA: día 17 mes 06 año 2024 |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-------------------------------|-------------------|---------------------|
| 1 | RESCATE TELEFÓNICO | 40 | 28 EFECTIVAS |
| | CITACIÓN DE USUARIAS A EXAMEN | 28 | |

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>Nombre Completo: MARIA E. OSSANDON R. RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p> |

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