



**INFORME MENSUAL DE GESTION  
PAB RSH/ PAI ATHTRIPAN  
COD. 244**

Establecimiento	PAB RSH/ CESFAM
Nombre	JOSE DANIEL CUARTIN MALDONADO
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	12
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	FEBRERO 2024

MONTO BOLETA	276.000
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-02-2024	29-02-2024

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Control Salud Mental Médico	10
2	Ingreso/Egreso a Programa PAB - Médico	2
3		
4		
5		
6		
7		
8	Otras (especificar las acciones)	

**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 Programa. 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.

**Observación:**

Esta observación es exclusiva para el cobro retroactivo de boletas de prestadores de servicios. Se autorizará el pago de prestaciones que tengan un plazo máximo de 1 mes de retraso. En caso de que aplique esta observación, se deben justificar los motivos en el apartado que se encuentra a continuación

Justificación:

NO APLICA

FIRMA: JOSE DANIEL CUARTIN	
FECHA INFORME	18-02-2024

Firma Coordinador/ Director	Timbre y Firma Coordinador/a Comunal Programa
Nombre:	Nombre:

