



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

Establecimiento	CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre	KARINA ISABEL ORREGO BARRAZA
Profesión	CHOFER PARA PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Horas trabajadas	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	FEBRERO 2024

MONTO BOLETA	\$ 49.035
--------------	-----------

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMA PABCRSH	4
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 (prestador)	Karina Orrego Barraza
FECHA INFORME	18-02-2024

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

A handwritten signature in blue ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text: 'COMISION MIJ', 'CESFAM RAUL SILVA HENRIQUET', 'DIRECCION', and 'ALEX VARELA'. The signature is written across the center of the stamp.