

Establecimiento	PAB RSH/ CESFA
Nombre	KARINA ISABEL ORREGO BARRAZA
Profesión	CONDUCTORA
Horas trabajadas	4
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	ABRIL 2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-04-2024	30-04-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMA PABCRSH	8
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	Karina Orrego	
FECHA INFORME	18-04-2024	

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



A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The signature is stylized and appears to be 'K. Orrego'. The stamp is partially obscured by the signature but contains some illegible text.