



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION244 PAB RSH</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	<b>CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez</b>
Nombre Completo	<b>José Daniel Cuartín Maldonado</b>
RUT	
Programa	<b>PAB CRSH</b>
Profesión	<b>Médico</b>
Horas trabajadas semanales	<b>12 horas</b>
Días permiso administrativo o vacaciones	<b>0</b>
Días licencia	<b>0</b>
Fecha Informe	<b>30-04-2025</b>

MONTO BOLETA	<b>\$276.000N° DE BOLETA: 95</b>
--------------	----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-04-2025</b>	<b>30-04-2025</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PAB	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Control salud mental PAB - Médico</b>	<b>07</b>	
<b>2</b>	<b>Ingreso salud mental PAB - Médico</b>	<b>01</b>	
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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 PAB. 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><b>Nombre Completo:</b> José Daniel Cuartin Maldonado <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Krista Francisca Paz Huete</i> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>