



|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAB RSH</b> |
|--------------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | <b>CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez</b> |
| Nombre Completo                          | <b>José Daniel Cuartin 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>30-06-2025</b>                           |

|              |                                   |
|--------------|-----------------------------------|
| MONTO BOLETA | <b>\$276.000 N° DE BOLETA: 99</b> |
|--------------|-----------------------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-06-2025</b>     | <b>30-06-2025</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>09</b>         |               |
| <b>2</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<br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><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>Nathalia</i><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |