



## 260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	ESTEFANIE GAJARDO LASTARRIA
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	85
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	18 DE JUNIO DEL 2024

MONTO BOLETA	479.382
Nº BOLETA	292

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-05-24	20-06-24

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Es responsable de coordinar y apoyar las labores administrativas con el fin de mantener el buen funcionamiento de la Unidad.
2	Verificar la certificación de la previsión del paciente para determinar, si corresponde, el cobro por las prestaciones (ISAPRES, particulares)
3	Recibir ingresos propios por concepto de prestaciones médicas a pacientes beneficiarios y no beneficiarios del sistema de salud.
4	Realizar boletas por recepción de dinero por atenciones de pacientes Isapres, además de efectuar rendiciones diarias por dineros percibidos.
5	Tomar datos personales e ingresar al sistema computacional para confección o modificaciones en clínico electrónico
6	Entrega de información, en coordinación con medico jefe de turno y personal de enfermería

**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.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------



<b>Nombre:</b> ESTEFANIE GA <b>Rut:</b>
--------------------------------------------

<b>Nombre:</b> <i>Concepción Paz</i> <b>Rut:</b>
-----------------------------------------------------

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

**Nombre:**  
**Rut:**

**Nombre:**  
**Rut:**