

257. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL CARO

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | MARIA CECILIA RIVAS MOYA |
| Rut: | |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas | 23,5 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA |
| Días licencia médica | NO APLICA |
| Fecha Informe | 18/07/2024 ✓ |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$131.217 ✓ |
| Nº BOLETAS | 372 ✓ |

| | | |
|--------------------|-----------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JULIO | 21 JUNIO 2024 | 20 JULIO 2024 ✓ |

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. J) | Timbre y Firma Director CESFAM <i>Francisco Valenzuela</i> |
| Nombre: MARIA CECILIA RIVAS MOYA Rut: | Nombre: CATALINA CASTILLO Rut: |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |

