

## 256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo                          | ELIZABETH MOLINA SANCHEZ |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | ADMINISTRATIVO           |
| Horas trabajadas                         | L-V: 28 h. S-D-F: 32 h.  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | 18/07/2024 /             |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$328136 / |
| Nº DE BOLETA | 314 /      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JULIO 2024         | 21/07/2024            | 20/07/2024 /          |

### 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 médico 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<br>(P. N) | Timbre y Firma Director CESFAM              |
| Nombre: ELIZABETH MOLINA SANCHEZ<br>Rut:                  | Nombre: LIZETTE LEDEZMA<br>GALLARDO<br>Rut: |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS<br>Rut:      | Nombre:<br>Rut:                    |