



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER
ACUÑA**

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CLAUDIA ALEJANDRA FLORES VALENZUELA
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	28 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO BOLETA	322
N° BOLETA	\$153.960

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
OCTUBRE 2024	21-10-2024	31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 Isapre, 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 eje
Natural o P. Jurídica)

Nombre: CLAUDIA
Rut: _____

Timbre y Firma Coordinador/a Programa

Nombre:
Rut: _____

Daniela Bastías González
Enfermera

Timbre y Firma Director CESFAM

Nombre:
Rut: _____

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:
Rut: _____

DEPARTAMENTO
DE SALUD
DIRECCIÓN