

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

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre | JOHANNA CORTES ESPEJO |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas | 22 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 123.636 |
|--------------|---------|

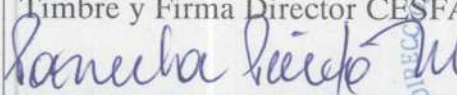
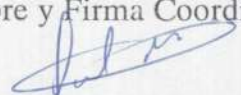
| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21/10/2023 | 20/11/2023 |

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 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.

| | |
|---------------|----------------------|
| FIRMA | [Redacted Signature] |
| FECHA INFORME | 18/11/2023 |

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM  Nombre: PAMELA PINTO | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  P. CORONADO R. 10.797.971-9 ENFERMERA Nombre: Patricia Coronado |
|---|---|