

| | |
|-----------------------------|--|
| LMUNICIPALIDAD DE LA SERENA | 256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
|-----------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre | PRISCILLA PAULETTE ARQUEROS ZARRICUETA |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horastrabajadas | 43 HORAS |
| Díaspermisoadministrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe(mes) | NOVIEMBRE |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 229.770 |
|--------------|---------|


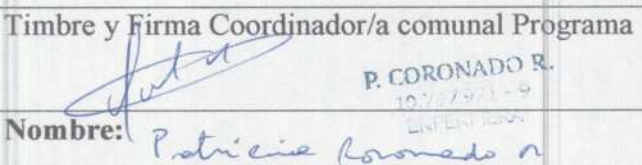
| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:día-mes-año | HASTA:día-mes-año |
| | 21-10-2023 | 20-11-2023 |

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 acuerdo registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|---------------|------------------------|
| FIRMA | |
| FECHA INFORME | 20 DE NOVIEMBRE 2023.- |

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM  | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  |
| Nombre: PAMELA PINTO | Nombre: Patricia Coronado |