

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR CARDENAL
RAUL SILVA HENRIQUEZ**

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | SAR CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre | MARIA BERNARDITA ARAYA GONZALEZ |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas | 65 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO |

| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 340.958. |
|--------------|----------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21/01/2024 | 20/02/2024 |

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.

| |
|--|
| Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica) |
| NO APLICA |

| | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Timbre y Firma Director | Timbre y Firma prestador de servicio |
| Nombre: | Nombre: MARIA BERNARDITA ARAYA G. |

