

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

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | Vlady Valentina Ponce Carvajal |
| Rut: | |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas | 97 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 18 de Marzo 2024 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 527.582.- |
| Nº BOLETA | 321 |

| | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21- 02- 2024 | HASTA: 20 -03- 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.

| | |
|--|------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Vlady Valentina Ponce Carvajal Rut: | Nombre: Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |