

**258. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS
COMPAÑIAS**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	KATHERINE SANTANDER AGUIRRE
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	61 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia médica	NO APLICA
Fecha Informe	MARZO 2024

MONTO BOLETA	339.414
Nº BOLETA	311

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. Natura)	 Timbre y Firma Director CESFAM Carolina Troncoso Ch. KINFISIÓLOGA R.U.T:
Nombre: KATHERINE SANTANDER AGUIRRE	Nombre: KATHERINE SANTANDER AGUIRRE
Rut:	Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre:
Rut:	Rut: