



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO  
SCHAFFHAUSER ACUÑA**

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CARMEN GLORIA GONZÁLEZ ROJAS
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	67
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO BOLETA	\$363.514
Nº BOLETA	463

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ABRIL	21-03-2024	20-04-2024

**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)	Timbre y Firma Director CESFAM 
Nombre: Carmen Gloria González Rojas Rut:	Nombre: <i>Rgo. Fabián Jamet Rivera</i> Subdirector Rut: Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>