



CORPORACION MUNICIPAL
La Serena

260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	GILDA ALEJANDRA ZUÑIGA SANTELICES
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	53 /
Días permiso administrativo o vacaciones	04 /
Días licencia médica	02 /
Fecha Informe	18 ABRIL 2024 /

MONTO BOLETA	\$292.758 /
Nº BOLETA	304 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/03/2024 /	20/04/2021 /

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: <u>GILDA ZUÑIGA SANTELICES</u> Rut: _____	Nombre: <u>CAROLINA PEREZ PALMA</u> Rut: _____

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

[illegible]**FIRMA:**