CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	CLAUDIA OLMOS CHINGA
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	51
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18 DE ABRIL 2024

MONTO BOLETA	**$270.202.-**
Nº BOLETA	**41**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21- 03- 2024	HASTA: 20 -04- 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 Dirección CESFAM
Nombre: CLAUDIA OLMOS CHINGA **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

CORPORACIÓN MUNICIPAL GONZALO VIDELA CESFAM DIRECCIÓN

Carolina Pucas Pichu
Enfermera

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

Scanned with CamScanner