

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

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑÍAS |
| Nombre Completo | KATHERINE SANTANDER AGUIRRE |
| Rut: | |
| Profesión | ADMINISTRATIVO |
| Horas trabajadas | 37 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA |
| Días licencia médica | NO APLICA |
| Fecha Informe | MAYO 2024 |


| | |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | \$ 199.446.- |
| Nº BOLETA | 315 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 04 - 2024 | HASTA: 20 - 05 - 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) | Timbre y Firma Director |
| Nombre: KATHERINE SANTANDER AGUIRRE Rut: | Nombre:  Rut: |

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