

## 256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	PRISCILLA PAULETTE ARQUEROS ZARRICUETA
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	38 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/06/2024

MONTO BOLETA	<b>210.724</b>
Nº DE BOLETA	<b>69</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	<b>21-05-2024</b>	<b>20-06-2024</b>

### 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 médico 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)	
<b>Nombre: PRISCILLA ARQUEROS Z.</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre: LIZETTE LEDEZMA G.</b> <b>Rut:</b>

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