



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

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑÍAS               |
| Nombre Completo                          | SUSANA DEL CARMEN GARRIDO CASTRO |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | ADMINISTRATIVO                   |
| Horas trabajadas                         | 54                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | AGOSTO 2024                      |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 240.270 |
| N° BOLETA    | 73      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21/07/2024            | 20/08/2024            |

### 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 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. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                    |
| Nombre: SUSANA DEL CARMEN GARRIDO CASTRO<br>Rut:                           | Nombre: Francisca Arredondo<br>Rut: Nutricionista |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                |
| Nombre:<br>Rut:  | Nombre:<br>Rut:                                   |

