

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

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	ELIZABETH MOLINA SANCHEZ.
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	L-V: 28.5 HRS S-D-F: 32.0 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/08/2024

MONTO BOLETA	<b>\$330663</b>
Nº DE BOLETA	<b>315</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
AGOSTO 2024	<b>21/07/2024</b>	<b>20/08/2024</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 (	Timbre y Firma Director CESFAM
<b>Nombre: Elizabeth Molina Sánchez</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre: Lizette Ledezma Gallardo</b> <b>Rut:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre: Daniela Bastías.</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>