

## 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	53.5
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	SEPTIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	\$ 295.674
Nº BOLETA	74

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/08/2024	20/09/2024

### 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 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 Dirección
Nombre: SUSANA DEL CARMEN GARRIDO CASTRO Rut: _____	Nombre: <b>Carolina Troncoso Checcón</b> Rut: _____ Kinesióloga
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:



