

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

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ CLAVERIA
Categoría:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	1 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18/09/2024

MONTO BOLETA	\$ 5.054
Nº DE BOLETA	Nº 97

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21/07/2024	HASTA: 20/08/2024
AGOSTO		

**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  
(P. Na)

Timbre y Firma Director CESFAM

Nombre: **IVANNIA AL  
CLAVERÍA**  
Rut: \_\_\_\_\_

Nombre: **IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ**

Nombre: **LISETTE LEDEZMA GALLARDO**  
Rut: \_\_\_\_\_

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre: **DANIELA BASTIAS  
GONZÁLEZ**  
Rut: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Rut: \_\_\_\_\_