

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

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	KATHERINE SANTANDER AGUIRRE
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	63 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia médica	NO APLICA
Fecha Informe	2024

MONTO BOLETA	\$343.298
Nº BOLETA	321

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 09- 2024	HASTA: 20- 10- 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 medico 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 (P. Natural o P. Ju)	Timbre y Firma Director CESEAM
Nombre: KATHERINE SANTANDER AGUIRRE Rut: _____	Nombre: Carolina Troncoso Checcón Rut: Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut: _____	Nombre: Rut: _____

