

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ       |
| Nombre Completo                          | VLADY VALENTINA PONCE CARVAJAL |
| Rut:                                     |                                |
| Profesión                                | ADMINISTRATIVO                 |
| Horas trabajadas                         | 77                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                              |
| Días licencia médica                     | 0                              |
| Fecha Informe                            | 31 DICIEMBRE 2024              |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 410.942.- |
| N° BOLETA    | 334       |

|                    |                             |                             |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 DICIEMBRE<br>2024 | HASTA: 31 DICIEMBRE<br>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 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 ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)  | <br>Timbre y Firma Director CESFAM<br>Carolina Puzos Pichuante |
| Nombre: Vlady Valentina Ponce Carvajal<br>Rut:  | Nombre: *<br>Rut: Enfermera  |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| <br>Nombre: Daniela Bastías González<br>Rut: Enfermera | <br>Nombre:<br>Rut:   |