

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

Establecimiento	<b>SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ</b>
Nombre Completo	<b>CLAUDIA OLMOS CHINGA</b>
Rut:	
Profesión	<b>ADMINISTRATIVO</b>
Horas trabajadas	<b>68 HORAS</b>
Días permiso administrativo o vacaciones	<b>0</b>
Días licencia médica	<b>0</b>
Fecha Informe	<b>31 DE MARZO 2025</b>

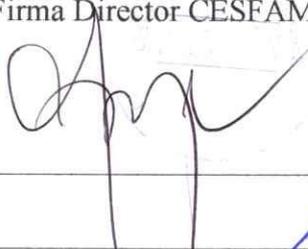
MONTO BOLETA	<b>\$374.792.-</b> ✓
Nº BOLETA	<b>58</b> ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE:	HASTA:
	<b>01-03-2025</b> ✓	<b>31-03-2025</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 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)	Timbre y Firma Director-CESFAM 
<b>Nombre: CLAUDIA OLMOS CHINGA</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>

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