



259. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CLAUDIA ALEJANDRA FLORES VALENZUELA
Rut:	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Horas trabajadas	30
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	30-04-2025

MONTO BOLETA	164.068	
N° BOLETA	328	
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MARZO 2025	01-03-2025	31-03-2025

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 Isapre, 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)

Nombre: CLAUDIA FLORES VALENZUELA
Rut:

Nombre: DR. E. SCHAFFHAUSER
Rut:



Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre:
Rut:

Daniela Bastías González
Enfermera



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:
Rut:





**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CLAUDIA ALEJANDRA FLORES VALENZUELA
RUT	
Programa	SAR
Profesión	ADMINISTRATIVA
Fecha de informe	30 DE ABRIL DE 2025

Numero de Boleta	N° 328
Monto Boleta	\$ 164.068.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-03-2025	HASTA: 31-03-2025
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO DE 2025 NO PRESENTADA EN SU OPORTUNIDAD POR ENCONTRARSE CON LICENCIA MEDICA

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)

Nombre Completo: CLAUDIA FLORES VALENZUELA
RUT: _____

Timbre y Firma Directora CESFAM



Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES
RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Nombre Completo: Daniela Bastías González
RUT: _____