

**260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

| | | |
|--|------------------------|-------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II | |
| Nombre Completo | DANIELA OLIVARES JERIA | |
| Rut: | | |
| Profesión | AUXILIAR DE SERVICIO | |
| Horas trabajadas | 35 | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | |
| Días licencia médica | 0 | |
| Fecha Informe | 30/04/2025 | |
| MONTO BOLETA | \$ 105.665 | |
| N° BOLETA | 7 | |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01/04/2025 | HASTA: 30/04/2025 |

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 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 R. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: DANIELA OLIVARES JERIA Rut: | Nombre: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDON Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastias Gonzalez Rut: Enfermera | Nombre: Rut: |