

|  |  |
|--|--|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>261. INFORME MENSUAL DE GESTION</b><br><b>PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA</b><br><b>HENRIQUEZ</b> |
|--|--|

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ       |
| Nombre Completo                          | FRANCISCO JAVIER AGUIRRE SACRE |
| Rut:                                     |                                |
| Profesión                                | KINESIOLOGO                    |
| Horas trabajadas                         | 30                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                              |
| Días licencia médica                     | 0                              |
| Fecha Informe                            | 18/04/2024                     |

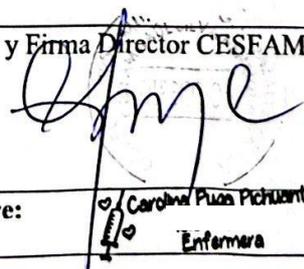
|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 287.176 |
| N° BOLETA    | 94      |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 03- 2024 | HASTA: 20 - 04- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  |
|----|---|
| 1  | Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante.                              |
| 2  | Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.  |
| 3  | Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.          |
| 4  | Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planes preventivos para evitar daños mayores.    |
| 5  | Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto). |
| 6  | Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).            |
| 7  | Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.   |

**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 ejecu<br>(P. Natural o P. Jurídica) | ics | Timbre y Firma Director CESFAM   |
| Nombre: Francisco Aguirre Sacre<br>Rut:                |     | <br>Nombre: Carolina Pizarro Pichuante<br>Rut: Enfermera |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |