



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

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ       |
| Nombre Completo                          | JAVIERA CONSTANZA ZAMBRA MILLA |
| Rut:                                     |                                |
| Profesión                                | KINESIOLOGA                    |
| Horas trabajadas                         | 37                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                              |
| Días licencia médica                     | 0                              |
| Fecha Informe                            | 18/04/2024                     |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 350.596 |
| Nº BOLETA    | 101     |

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | 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.

|   |   |
|---|---|
| <b>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones<br/>(P. Natural o P. Jurídica)</b> | <b>Timbre y Firma Director CESFAM</b><br> |
| <b>Nombre: Javiera Zambra Milla</b><br><b>Rut:</b>                                    | <b>Nombre:</b> Carolina Pizarro Fichuente<br><b>Rut:</b> Enfermera  |
| <b>Timbre y Firma Coordinadora Programa</b>   | <b>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</b>   |
| <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>   | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>   |