

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

|                                          |                           |
|------------------------------------------|---------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ  |
| Nombre Completo                          | ABEL JOUDAN ALFARO TORRES |
| Rut:                                     |                           |
| Profesión                                | KINESIOLOGO               |
| Horas trabajadas                         | 68                        |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                         |
| Días licencia médica                     | -                         |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024                |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 109     |
| N° BOLETA    | 646.832 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO              | 21-05-2024            | 20-06-2024            |

**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 ejecutor de las prestaciones<br>(P. N: | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Nombre: ABEL ALFARO T<br>Rut:                             | Nombre:<br>Rut:                    |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                      | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                                           | Nombre:<br>Rut:                    |