

## 261. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | VILMA FELISA MUÑOZ OPAZO |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | TECNOLOGO MEDICO         |
| Horas trabajadas                         | 165                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | 18-08-2024               |

|              |              |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | \$ 1.606.376 |
| Nº BOLETA    | 101          |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-07-2024 | HASTA: 20-08-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  |
|----|---|
| 1  | Realizar la toma de imágenes radiológicas de Urgencias que permitan una buena evaluación diagnóstica de parte de los médicos                      |
| 2  | Manejo óptimo de técnicas de exposición para realizar una adecuada radio-protección del paciente y de todo el personal ocupacionalmente expuesto. |
| 3  | Limpiar el equipo de rayos x, incluyendo detector, camilla y estativo, elementos de protección personal.  |
| 4  | Subir la información de la toma de exámenes en el sistema Avis y Kpacs.   |
| 5  | Derivar Exámenes a Médico Radiólogo para la generación de informes.   |
| 6  | 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. Natural o P. Jurídico) | Timbre y Firma Director CESFAM<br> |
| Nombre: Vilma Felisa Muñoz Opazo<br>Rut:                                      | Nombre:<br>Rut:  |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| Nombre:<br>Rut:   | Nombre:<br>Rut:  |