



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER  
ACUÑA**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | DANIELA CAROLINA KAM ALAMOS   |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | KINESIOLOGO                   |
| Horas trabajadas                         | 76                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                           |
| Días licencia médica                     | N/A                           |
| Fecha Informe                            | 31/01/2025                    |

|              |                |
|--------------|----------------|
| MONTO BOLETA | <b>774.688</b> |
| Nº BOLETA    | <b>110</b>     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| ENERO              | <b>01/01/2025</b>     | <b>31/01/2025</b>     |

**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.**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natura) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| <b>Nombre:</b>  | <i>Kam Fabián Jamet Rivera</i> |
| <b>Rut:</b>   | Director<br>Schaffhauser       |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <b>Nombre:</b> Daniela Bastías González | <b>Nombre:</b>                     |
| <b>Rut:</b> Enfermera                   | <b>Rut:</b>                        |

