

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

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ        |
| Nombre Completo                          | FRANCISCA ISIDORA CASTRO TIRADO |
| Rut:                                     |                                 |
| Profesión                                | KINESIOLOGO                     |
| Horas trabajadas                         | 7 HRS                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                               |
| Días licencia médica                     | 0                               |
| Fecha Informe                            | 31/01/2025                      |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$63.420 |
| Nº BOLETA    | 54       |

|                    |                       |                      |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 01 - 2025 | HASTA: 31 - 01- 2025 |
|--------------------|-----------------------|----------------------|

**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 firm<br>(P. Natural o I) | ones          | Timbre y Firma Director CESFAM<br>DIRECCION |
| Nombre: Francisca<br>Rut:         | Castro Tirado | Nombre:<br>Rut:                             |

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