



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

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ABEL ALFARO TORRES
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	67
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	28 DE FEBRERO 2025

MONTO BOLETA	637.772
N° BOLETA	128

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-02-2025	28-02-2025

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 (P. Natural o P. Jurídico)	Timbre y Firma Director GESFAM
Nombre: <i>ABEL ALFARO TORRES</i> Rut: _____	Nombre: <i>Carolina Puga Pichuante</i> Rut: _____ Enfermera
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: <i>Daniela Bastías González</i> Rut: _____ Enfermera	Nombre: _____ Rut: _____