



**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 | 68 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | 30 DE ABRIL 2025 |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 647.793 |
| Nº BOLETA | 130 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01-04-2025 | 30-04-2025 |

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 firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural <input checked="" type="checkbox"/> P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: ABEL ALFARO TORRES Rut: | Nombre: Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastias González Rut: Enfermera | Nombre: Rut: |