



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

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	YERKO ALEJANDRO COSTA PIZARRO
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	90
Días permiso administrativo o vacaciones	n/a
Días licencia médica	n/a
Fecha Informe	30-04-2025

MONTO BOLETA	861.528
Nº BOLETA	90

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>1-04-2025</b>	<b>30-04-2025</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. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM  <b>CESFAM</b> <b>DR. E. SCHAFFHAUSER</b> <b>DIRECCIÓN</b> <b>E. U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b> <b>DIRECTORA</b>
Nombre: <b>YERKO COSTA PIZARRO</b> Rut:	Nombre: Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa   <b>DANIELA BASTIAS GONZÁLEZ</b>	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   <b>DIRECCIÓN</b>
Nombre: <b>Daniela Bastias González</b> Enfermera	Nombre: