

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

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	VALERIA LENAC BELMAR	
Rut:	[REDACTED]	
Profesión	KINESIOLOGO	
Horas trabajadas	38	
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia médica	N/A	
Fecha Informe	30-06-2025	
MONTO BOLETA	359656	
Nº BOLETA	124	
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	01-06-2025	30-06-2025

**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.

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 DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCION Dr. E. Juan Jamet Rivera Subdirector
Nombre: VALERIA LENAC BELMAR Rut: [REDACTED]	Nombre: [REDACTED] Rut: [REDACTED]
Timbre y Firma Coordinadora Programa COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA BASTIAS GONZALEZ	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION
Nombre: Daniela Bastias González Rut: [REDACTED]	Nombre: [REDACTED] Rut: [REDACTED]