

**COD 209. INFORME MENSUAL DE GESTION
 IRA EN SAPU (REFUERZO RRHH)**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	NATALIA ANDREA AGUIRRE ALVAREZ
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	18
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	20-05-2024

MONTO BOLETA	185.190
Nº BOLETA	76

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	22-04-2024	21-05-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinadas por el médico tratante.
2	Participación en evaluación y tto 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	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas del Adulto (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
Nombre: <i>Natalia Aguirre</i> Rut:	Nombre: <i>Natalia Aguirre</i> Rut: <i>15.123.456-7</i>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

TURNOS SAPU /MES: MAYO

LUNES-VIERNES DIA		LUNES-VIERNES NOCHE		SAB. DOM. FESTIVO DIA		SAB.DOM.FESTIVO NOCHE	
DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS
07-05	4			01-05	5		
15-05	4			04-05	5		

PRESTADOR: *Natalia Aquino*
FIRMA _____

