

Establecimiento	SAPU CCARO
Nombre Completo	ABEL JOUDAN ALFARO TORRES
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	13 ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	23-09-2024 ✓

MONTO BOLETA	122.585 ✓
N° BOLETA	120 ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
SEPTTIEMBRE	21-08-2024	20-09-2024 ✓

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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. Natu)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: ABEL ALFARO TORRES S	Nombre: CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA
Rut:	Rut: CESFAM CARDENAL CARO

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

