

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAPU CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | NATALIA ANDREA AGUIRRE ÁLVAREZ |
| Rut: | |
| Profesión | KINESIOLOGO |
| Horas trabajadas | 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 18-09-2024 |

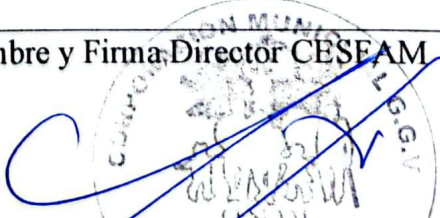
| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 108.720 |
| N° BOLETA | 83 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 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 (D. Natural o D. Jurídico) | Timbre y Firma Director CESEAM  |
| Nombre: Natalia Aguirre Alvarez Rut: | Nombre: <i>Natalia Aguirre Alvarez</i> Rut: <i>15.812.311-5</i> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |