



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

Establecimiento	SAPU JPII
Nombre Completo	FRANCISCA ANDREA GUAJARDO DIAZ
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO BOLETA	<b>\$50105</b>
N° BOLETA	<b>27</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-06-2024</b>	<b>20-07-2024</b>

**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 Juridica	ies (P. Natural o P.	Timbre y Firma Director CESFAM <i>Yenny Prieto</i> Rut. --- Nutricionista	
Nombre: <i>Aronisio Yebres</i> Rut: _____		Nombre: Rut:	
Timbre y Firma Coordinadora Programa		Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud	
Nombre: Rut:		Nombre: Rut:	