

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

| | |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento | SAPU CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | JAVIERADE LOS ANGELES VERGARA SOLÍS |
| Rut: | |
| Profesión | KINESIOLOGO |
| Horas trabajadas | 24 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 23/09/24 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$217.440 |
| N° BOLETA | 86 |

| | | |
|--------------------|---------------------------|-------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - agosto - 2024 | HASTA: 20 - septiembre - 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. Natural o P. Jurídica) |  |
| Nombre: Javiera de los Ángeles Vergara Solís Rut: | Nombre: <i>Javiera de los Angeles Vergara Solis</i> Rut: <i>14.800.000-6</i> |

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