



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

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	JAVIERA ZAMBRA MILLA
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas	18
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO BOLETA	172690
Nº BOLETA	151

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	01-06-2025	30-06-2025

#### 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: <b>Javiera Zambra Milla</b> Rut:	Nombre: <b>Lizzette Ledezma Gallardo</b> Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre: Daniela Bastias Gonzalez</b> <b>Rut: 16672729-4</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>

*Emmanuel Valdes*

Nombre completo  
 Rut  
 Profesión  
 Horas trabajadas  
 Día inicio  
 Día fin  
 Fecha informe  
 MONTO BOLA  
 N° BOLA

(P. Nantón) Timbre y Firma...  
 contribuye a...  
 adecuado...  
 asociado...  
 entidad...  
 registrada...  
 (P. Nantón) Timbre y Firma...