



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN</b>
--------------------------------------	--------------------------------------

Esblecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	MARIANA ANGELICA ESPINOSA MUÑOZ
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 275.767 (N° 31)</b>
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 25-11-2024	HASTA: 30-11-2024
--------------------	-------------------	-------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS
<b>1</b>	Coordinar y supervisar al equipo de vacunación, asegurando que cumpla con las normas correspondientes a su presentación personal, asistencia y puntualidad.
<b>2</b>	Distribución del personal en la jornada laboral, reforzando lugar de vacunación y funciones a desempeñar.
<b>3</b>	Coordinación con los puntos de vacunación, establecimientos o instituciones para llevar a cabo el proceso de vacunación.
<b>4</b>	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío.
<b>5</b>	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.
<b>6</b>	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.
<b>7</b>	Supervisar y apoyar la preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.
<b>8</b>	Supervisar la correcta preparación de las vacunas a administrar siguiendo los protocolos emanados desde el MINSAL, preocupándose de seguir la normativa vigente (POE) y los 7 correctos en la administración de vacunas: usuario, edad, vacuna, dosis, vía de administración, contraindicaciones y registro.
<b>9</b>	Supervisar la cadena de frío al momento de retiro del lugar de vacunación, llegada al punto base y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas.

<b>10</b>	Informar a encargado comunal de cualquier eventualidad que ocurra o en caso de dudas.
-----------	---

**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 PRAPS. 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/a CESFAM  <u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo:</b> Mariana Espinoza Muñoz <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> Rodrigo Soto Zamora <b>RUT:</b> MATRÓN	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>