

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTION CÓDIGO 217

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre | KATHERINE ELENA ALVARADO RAMOS |
| Profesión | DIGITADOR |
| Horas trabajadas | 44 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 DIAS |
| Días licencia médica | 0 DIAS |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE 2023 |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 550.352 |
|--------------|---------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-11-2023 | HASTA: 30-11-2023 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos. | |
| 2 | Contabilizar el material escrito necesario para los puntos de vacunación (hoja de registro, hoja de temperatura, hoja de traspaso, hoja de monitoreo, carnet de vacunación y otros). | |
| 3 | Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada. | |
| 5 | Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: Datos del usuario: Exigir documento de identificación y si estos datos coinciden con los que se encuentran en RNI (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, nacionalidad). Avisar a profesional de enfermería encargado del equipo en caso que no coincida, para cambiar los datos o informar a la encargada comunal. Revisión de vacunación: Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación) Registro de vacunación: Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización. | |
| 6 | Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas. | |

FIRMA COORDINADOR
DEPTO. SALUD
FECHA INFORME

20-11-2023

Timbre y Firma Director CESFAM

Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa