

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION CÓDIGO 217
-------------------------------	--

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre	BARBARA MARIA QUIROGA OLIVARES
Profesión	ENFERMERA (O)
Horas trabajadas	18 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia médica	0 DIAS
Periodo de informe (mes)	NOVIEMBRE 2023

MONTO BOLETA	156.060
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-10-2023	HASTA: 20-11-2023
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Coordinar y supervisar al equipo de vacunación, asegurando que cumpla con las normas correspondientes a su presentación personal, asistencia y puntualidad.
2	Distribución del personal en la jornada laboral, reforzando lugar de vacunación y funciones a desempeñar.
3	Coordinación con los puntos de vacunación, establecimientos o instituciones para llevara cabo el proceso de vacunación.
5	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frio.
6	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.
7	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.
8	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.
9	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.
10	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.
11	Informar a encargado comunal de cualquier eventualidad que ocurra o en caso de dudas.

FIRMA	[Redacted Signature]
FECHA INFORME	20-11-2023

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
--------------------------------	---

Nombre:	Nombre:
---------	---------

