

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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre	SILVANA NORERO ARAYA
Profesión	ENFERMERA (O)
Horas trabajadas	24 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	DICIEMBRE

MONTO BOLETA	\$208.080
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-11-2023	HASTA: 31-12-2023
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

FIRMA	
FECHA INFORME	18-12-2023

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre:	Nombre:

