



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION VACUNACIÓN COVID-19
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANDREA PAOLA LUEGO GARCIA
RUT	
Programa	ESTRATEGIA REFUERZO EN APS COVID-19
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 DIAS (Autorizado)
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$1.378.836 (N°56)
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-03-2024	HASTA: 31-03-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
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 llevar a cabo el proceso de vacunación.		
4	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío.		
5	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.		
6	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.		
7	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.		
8	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.		
9	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.		
10	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 NO APLICA
Nombre Completo: Andrea Paola Luengo García RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: