



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

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL
Nombre Completo	LISETT JIMENEZ MILLA
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	DIGITADORA
Horas trabajadas semanales	44 HRS (22 DIAS TRABAJADOS)
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	31-03-2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 480.889 (N°8)</b>
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 10-03-2025	HASTA: 31-03-2025
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS
<b>1</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
<b>2</b>	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).
<b>3</b>	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.
<b>4</b>	<p>Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar:</p> <p><b>Datos del usuario:</b> 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.</p> <p><b>Revisión de vacunación:</b> Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación)</p> <p><b>Registro de vacunación:</b> Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote,</p>

	critorio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.
<b>5</b>	Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas.

**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  <b>NO APLICA</b>
<b>Nombre Completo:</b> Lisett Jiménez Milla <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> <i>Rebeca Velasco Olivas</i> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>