

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

**INFORME MENSUAL DE GESTION
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL**

| | | |
|--|---------------------------------|-----------|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL JOSE MARIA CARO | |
| Nombre Completo | KARIN ELENA RAMIREZ CASTILLO | |
| RUT | | |
| Programa | Vacunación | |
| Profesión/cargo | Enfermera/o | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados 7 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA | |
| Días licencia | NA | |
| Fecha Informe | 31/03/2025 | |

| | |
|------------------|--------------|
| NUMERO DE BOLETA | 259 |
| MONTO BOLETA | 66059 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01/03/2025 | 31/03/2025 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones |
|----|--|
| 1 | Coordinación con encargada local PNI para llevar a cabo el proceso de vacunación de acuerdo a normativa. |
| 2 | Supervisión en el armado de CIP de vacunas siguiendo normas de cadena de frío. |
| 3 | Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock. |
| 4 | Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe. |
| 5 | 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. |
| 6 | Supervisar la cadena de frío durante todo el proceso de vacunación, llegada al punto base y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas. |
| 7 | Asegurar el correcto registro en RNI, planilla de registro manual. |
| 8 | Asegurar el correcto almacenamiento de productos biológicos, siguiendo las normas de cadena de frío. |
| 9 | Informar a Encargada PNI cualquier eventualidad ocurrida. |

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. Juridica)

Nombre Completo: KARIN RAMIREZ CASTILLO
RUT: _____

Timbre y Firma Director/a CESFAM



Nombre Completo: CATALINA CASTILLO MIRANDA
RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Nombre Completo: Bárbara Urrutia O.
RUT: _____

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo: _____
RUT: _____