

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.210 EXTENSION HORARIA GENERAL
--------------------------------------	---

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL
Nombre Completo	JAVIERA BELEN OLIVARES DIAZ
RUT	
Programa	Vacunación
Profesión/cargo	DIGITADOR/A
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 2 hrs / Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	31-03-2025

NUMERO DE BOLETA	Nº9
MONTO BOLETA	\$ 7.566

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-03-2025 / HASTA: 31-03-2025
--------------------	---------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS
1	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
2	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).
3	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.
4	Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: Datos del usuario: 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. Revisión de vacunación: Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación) Registro de vacunación: Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.
5	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 N/A
Nombre Completo: <u>Javiero Alvarez Diaz</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <u>Barbara Urzua Diaz</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____