



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD.210 PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA |
|--------------------------------------|---|

| | | |
|--|---|-----------|
| Establecimiento | CESFAM LAS COMPAÑIAS | |
| Nombre Completo | NIDIA HILDA MANRIQUEZ JIMENEZ | |
| RUT | | |
| Programa | Programa Salud Respiratoria - Extensión Horaria Vacunas | |
| Profesión/cargo | Enfermera/o | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados 6 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO | |
| Días licencia | NO | |
| Fecha Informe | 30-04-2025 | |

| | |
|------------------|--------------|
| NUMERO DE BOLETA | 57 |
| MONTO BOLETA | 34434 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01-04-2025 | 30-04-2025 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | 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. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM  |
| Nombre Completo: NIDIA HILDA MANRIQUEZ JIMENEZ RUT: _____ | Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón RUT: _____ Kinesióloga |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre Completo: <i>Barbara Sergio Olives</i> RUT: _____ | Nombre Completo: _____ RUT: _____ |