

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

|                                          |                                                   |             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA                        |             |
| Nombre Completo                          | AMANDA PAZ URIBE PEREDO                           |             |
| RUT                                      |                                                   |             |
| Programa                                 | Programa Salud Respiratoria - Vacunas (EXTENSION) |             |
| Profesión/cargo                          | TENS                                              |             |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes                                   | Sábados 6 / |
| Días permiso administrativo o vacaciones | n/a                                               |             |
| Días licencia                            |                                                   |             |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025                                        |             |

|                  |          |
|------------------|----------|
| NUMERO DE BOLETA | 652 /    |
| 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  | Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2  | Armado de termos de CIP siguiendo normas de cadena de frío (limpieza de los termos, preparación de unidades refrigerantes, presencia de termómetro, etc.)                                                                                                                                               |
| 3  | Revisión y registro de RNI previo a vacunación, además de planilla de registro manual.                                                                                                                                                                                                                  |
| 4  | Realizar 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. |
| 5  | Control de temperatura según horario de los termos cada 1 hora, asegurando que se mantengas en los rangos de +2° y +8.                                                                                                                                                                                  |
| 6  | Guardar vacunas en el refrigerador siguiendo las normas de cadena de frío.                                                                                                                                                                                                                              |
| 7  | Guardar unidades de refrigerantes en donde corresponda y limpieza de termos.                                                                                                                                                                                                                            |

**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.

|                                                                                                                               |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>                                             | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>     |
| <p><b>Nombre Completo:</b> AMANDA URIBE PEREDO<br/><b>RUT:</b></p>                                                            | <p><b>Nombre Completo:</b> LIZETTE LEDEZMA GALIARDO<br/><b>RUT:</b></p>                                                       |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> <i>Miriam de los Angeles Olivos</i><br/><b>RUT:</b></p>                                            | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                |