

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

Establecimiento	CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Virginia Alejandra Pérez Marín
RUT	
Programa	Programa Salud Respiratoria – Extensión Vacunas
Profesión/cargo	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 44 ✓ Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	30-04-2025 ✓

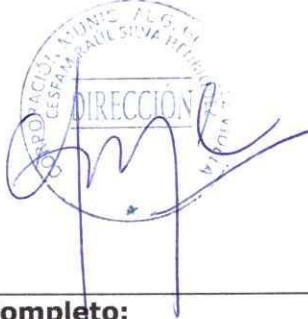
NUMERO DE BOLETA	1 ✓
MONTO BOLETA	416075 ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	14-04-2025 ✓	30-04-2025 ✓

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	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 mantengan 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: <i>Virginia Alejandra Pérez, M...</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>Barbara Lirio de Dios</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____