

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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	CAMILA ALEXIA GALLEGUILLOS CASTILLO	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Extensión Horaria Vacunas	
Profesión/cargo	Enfermera/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábado 6)
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	30-04-2025	

NUMERO DE BOLETA	10
MONTO BOLETA	\$56.622

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-04-2025	HASTA: día - mes- año 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, llegando 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: CAMILA ALEXIA GALLEGUILLOS CASTILLO RUT:</p>	<p>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Bebera Diana Olivares</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>