

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

Establecimiento		
Nombre Completo	JAVIERA CERDA RAMIREZ	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria – Extensión Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 6HRS
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	30-04-2025	

NUMERO DE BOLETA	<b>76</b>
MONTO BOLETA	<b>34.434</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-04-2025</b>	<b>30-04-2025</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

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 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: JAVIERA CERDA</b> RUT:</p>	<p><b>Nombre Completo: DIRECTORA / SCHAFFHAUSER</b> RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo: Javiera Linga Olivares</b> RUT:</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> RUT:</p>