



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	ANGEL JESUS ROJAS MONTENEGRO	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Extensión Horaria Vacunas	
Profesión/cargo	DIGITADOR	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 0	Sábados: 5
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	30-04-2025	

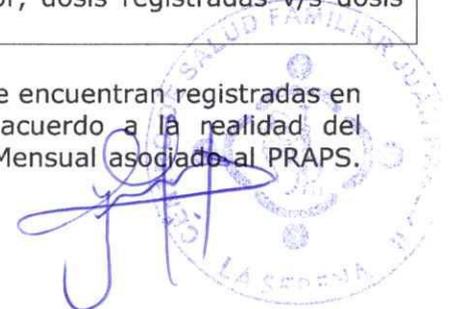
NUMERO DE BOLETA	<b>79</b>
MONTO BOLETA	<b>22.545</b>

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>
--

Nº	Funciones según PRAPS
<b>1</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
<b>2</b>	Contabilizar el material escrito necesario para los puntos de vacunación (hoja de registro, hoja de temperatura, hoja de traspaso, hoja de monitoreo, carnet de vacunación y otros).
<b>3</b>	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.
<b>4</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: <b>Datos del usuario:</b> Exigir documento de identificación y si estos datos coinciden con los que se encuentran en RNI (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, nacionalidad). Avisar a profesional de enfermería encargado del equipo en caso que no coincida, para cambiar los datos o informar a la encargada comunal. <b>Revisión de vacunación:</b> Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación) <b>Registro de vacunación:</b> Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.
<b>5</b>	Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas.

**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 
<b>Nombre Completo:</b> ANGEL JESUS ROJAS MONTENEGRO <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> JUAN DIEGO MUÑOZ <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> Barbara Elvira Olivares <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>