



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL
Nombre Completo	IGNACIA GAMBOA AVILES
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	30-04-2025 /

MONTO Y N° BOLETA	\$ 1.378.836 (N° 9)
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-04-2025	HASTA: 30-04-2025 /
--------------------	-------------------	---------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS
1	Coordinar y supervisar al equipo de vacunación, asegurando que cumpla con las normas correspondientes a su presentación personal, asistencia y puntualidad.
2	Distribución del personal en la jornada laboral, reforzando lugar de vacunación y funciones a desempeñar.
3	Coordinación con los puntos de vacunación, establecimientos o instituciones para llevar a cabo el proceso de vacunación.
4	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío.
5	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.
6	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.
7	Supervisar y apoyar la preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.
8	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.
9	Supervisar la cadena de frío al momento de retiro del lugar de vacunación, llegada al punto base y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas.

10

Informar a encargado comunal de cualquier eventualidad que ocurra o en caso de dudas.

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 <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: Ignacia Gamboa Avilés. RUT:	Nombre Completo: RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: Barbara Linupe Alvaro RUT:	Nombre Completo: RUT: