

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN CÓD.210 PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA
--	---

Establecimiento	CESA	
Nombre Completo	KARINA SKARLETT ROJAS PIZARRO	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Extensión Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Domingo 6 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	30-04-2025	

NUMERO DE BOLETA	Nº85
MONTO BOLETA	\$34.434

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día -mes- año
01-04-2025		30-04-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	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>N/A</p>
<p>Nombre Completo: Karina Skarlett Rojas Rizzo RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Marcela Leizaola Olivos RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

* Aplica solo de CIFA, se tributa a CESFAM