

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

Establecimiento	Centro de Resolutividad Familiar Integral.	
Nombre Completo	Margarita Susana Figueroa Gallardo	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria -Vacunas	
Profesión/cargo	DIGITADORA	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 44 hrs semanales	Sábados:
Días permiso administrativo o vacaciones	0 días	
Días licencia	0 días	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	N°16
MONTO BOLETA	\$655.578

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-06-2025	HASTA: día - mes- año 30-06-2025
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS
1	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
2	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).
3	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.
4	Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: Datos del usuario: 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. Revisión de vacunación: Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación) Registro de vacunación: Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.
5	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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;">NO APLICA</p>
<p>Nombre Completo: Margarita Susana Figueroa Gallardo RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><i>Barbara Quiroga Olivares</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>Nombre Completo: RUT:</p> <p style="text-align: center;"> Enfermera</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>