



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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	CARLA KARINA CORREA GOMEZ
RUT	
Programa	Vacunas
Profesión/cargo	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 44HORAS   Sábados:
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	30-06-2025

NUMERO DE BOLETA	4
MONTO BOLETA	734.236

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

**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 mantengan 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:</b> Carla Karina Correa Gomez <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Lizette Ledezma Gallardo <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p><i>Barbara Quiraga Olivares</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>  Enfermera	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>