

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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS	
Nombre Completo	EMILIA SOLANGE INOSTROZA MARTINEZ	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes:	Sábados: 6 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia		
Fecha Informe	30-06-2025	

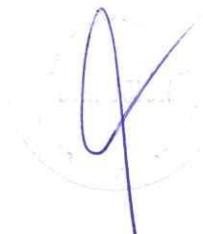
NUMERO DE BOLETA	<b>298</b>
MONTO BOLETA	<b>34434</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-06-2025</b>	<b>30-06-2025</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	Funciones
<b>1</b>	Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.
<b>2</b>	Armado de termos de CIP siguiendo normas de cadena de frío (limpieza de los termos, preparación de unidades refrigerantes, presencia de termómetro, etc.)
<b>3</b>	Revisión y registro de RNI previo a vacunación, además de planilla de registro manual.
<b>4</b>	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.
<b>5</b>	Control de temperatura según horario de los termos cada 1 hora, asegurando que se mantengan en los rangos de +2° y +8.
<b>6</b>	Guardar vacunas en el refrigerador siguiendo las normas de cadena de frío.
<b>7</b>	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: EMILIA INOSTROZA MARTINEZ</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Estela Troncoso Checcón</b> <b>RUT:</b> Kinesióloga</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo: Bárbara Quiroga Olivares</b> <b>RUT:</b>  Enfermera</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>