



<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	AMANDA PAZ URIBE PEREDO	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria – Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 0	Sábados: 6 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	30-06-2025	
NUMERO DE BOLETA	<b>657</b>	
MONTO BOLETA	<b>34.434</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-05-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-05-2025</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	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 mantengas 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo: Amanda Paz Uribe Peredo</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre: Lizette Ledezma Gallardo</b> <b>Rut :</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa  <b>Barbara Quiroga Olivares</b>	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> Enfermera <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2025**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	AMANDA PAZ URIBE PEREDO
RUT	
Programa	EXT. VACUKNA
Profesión	TENS
Fecha de informe	30/06/2025

Numero de Boleta	657
Monto Boleta	34.434

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO 2025	01/05/2025	31/05/2025

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

**SE COBRA EN FORMA TARDÍA , EL MES DE MAYO POR NO ENCANTARME EN LA CIUDAD**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre: Amanda Paz Uribe Peredo</b> <b>Rut:</b>	 <b>Nombre: LIZETTE LDEZMA GALLARDO</b> <b>Rut</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa
 <i>Barbara Quiroga Olivares</i>
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

enfermera