



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

| | | |
|--|---|---------|
| Establecimiento | CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL | |
| Nombre Completo | EDUARDO ALFONSO DÍAZ SEIDA | |
| RUT | | |
| Programa | Programa Salud Respiratoria - Vacunas | |
| Profesión/cargo | TENS | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes 44 horas | Sábados |
| Días permiso administrativo o vacaciones | | |
| Días licencia | | |
| Fecha Informe | 30-06-2025 | |

| | |
|------------------|---------|
| NUMERO DE BOLETA | 103 |
| MONTO BOLETA | 709.761 |

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | 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 style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p> |
| <p>Nombre Completo: EDUARDO ALFONSO DÍAZ SEIDA 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: <i>Barbara Quiroga Olivares</i> RUT:  Enfermera</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |