

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION  
COD.210 PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	LIZET DEL PILAR ADONES VICENCIO	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes:	Sábados: X
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	30-06-2025 /	
NUMERO DE BOLETA	2	
MONTO BOLETA	\$34434	
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-04-2025	30-04-2025

**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: LIZET DEL PILAR ADONES VICENCIO</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</b> <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Barbara Quiroga Olivares</i> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>



Enfermera

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2025**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	LIZET DEL PILAR ADONES VICENCIO
RUT	
Programa	Programa Salud Respiratoria - Vacunas
Profesión	TENS
Fecha de informe	30/06/2025

Numero de Boleta	2
Monto Boleta	\$34434

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - ABRIL- 2025	HASTA: 30 - ABRIL - 2025
--------------------	-------------------------	--------------------------

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

**EL MOTIVO POR EL CUAL NO PUDE REALIZAR LA BOLETA CORRESPONDIENTE AL OPERATIVO DEL MES DE ABRIL, FUE DEBIDO A QUE TUVE PROBLEMAS PARA HACER INICIACION DE ACTIVIDADES EN EL SII. POR ENDE NO ME DEJABA REALIZAR BOLETAS.**

**RUEGO A USTED COMPRESIÓN, PARA PODER ACEPTAR LA BOLETA**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
<b>Nombre Completo: LIZET DEL PILAR ADONES VICENCIO</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

<b>Nombre Completo: Bárbara Quiroga Olivares</b> <b>RUT:</b>
 Ente Nacional de Enfermería