



<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	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	3 /	
MONTO BOLETA	\$68868	

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

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

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)

Timbre y Firma Director/a CESFAM



**Nombre Completo: LIZET DEL PILAR ADONES VICENCIO**  
**RUT:** \_\_\_\_\_

**Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO**  
**RUT:** \_\_\_\_\_

Timbre y Firma Coordinadora Programa



*Barbara Quiroga Olivares*

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



**Nombre Completo:**  enfermera  
**RUT:** \_\_\_\_\_

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_  
**RUT:** \_\_\_\_\_