

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

Establecimiento	Centro de Resolutividad Familiar Integral.	
Nombre Completo	Alexandro David Cortes Morales	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria – Vacunas	
Profesión/cargo	Enfermera/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 44 hrs semanales.	Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día feriado legal (02-06-2025) ½ día administrativo (16-06-2025)	
Días licencia	0 días	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	N°1.378.836
MONTO BOLETA	\$ 174

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones
1	Coordinar y supervisar al equipo de vacunación, asegurando que cumpla con las normas correspondientes a su presentación personal, asistencia y puntualidad.
2	Distribución del personal en la jornada laboral, reforzando lugar de vacunación y funciones a desempeñar.
3	Coordinación con los puntos de vacunación, establecimientos o instituciones para llevar a cabo el proceso de vacunación.
4	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío.
5	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.
6	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.
7	Supervisar y apoyar la preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.
8	Supervisar la 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.
9	Supervisar la cadena de frío al momento de retiro del lugar de vacunación, llegada al punto base y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas.
10	Informar a encargado comunal de cualquier eventualidad que ocurra o en caso de dudas.

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: Alexandro David Cortes Morales 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: Bárbara Quiroga Olivares RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

 Enfermera