

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

Establecimiento	Centro de Resolutividad Familiar Integral.	
Nombre Completo	Milka Valeska Franetovic Santander.	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria – Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 44 hrs semanales	Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día feriado legal autorizados (19-06-2025)	
Días licencia	0 días	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	N° 87
MONTO BOLETA	\$734.236

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	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;">NO APLICA</p>
<p>Nombre Completo: <i>Milla Fronitovic</i></p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>Nombre Completo: <i>Barbara Quiroga Olivares</i></p> <p>RUT:  Enfermera</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>