

**I. MUNICIPALIDAD DE LA
SERENA**

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

Establecimiento	Centro de Resolutividad Familiar Integral.	
Nombre Completo	Nelson David Males Gómez	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria – Vacunas	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 44 hrs semanales.	Sábados:
Días permiso administrativo o vacaciones	02-06 P/A Autorizado 09-06 F/L Autorizado 16-06 P/A Autorizado 18-06 F/L Autorizado	
Días licencia	0 días	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	N° 60
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: Nelson David Males Gómez RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: Bárbara Quiroga Olivares RUT:  Enfermera	Nombre Completo: RUT: