



| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------|---------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre Completo | KATHERINE ELENA ALVARADO RAMOS |
| RUT | |
| Programa | FORTALECIMIENTO RRHH VACUNACIÓN |
| Profesión | DIGITADORA |
| Horas trabajadas semanales | 44 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 DIAS |
| Días licencia | 0 DIAS |
| Fecha Informe | 18-04-2024 |

| | |
|-------------------|-------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$655.758 (N°55) |
|-------------------|-------------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-04-2024 | HASTA: 30-04-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|



| |
|------------------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|------------------------------------------------|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos. | | |
| 2 | Contabilizar el material escrito necesario para los puntos de vacunación (hoja de registro, hoja de temperatura, hoja de traspaso, hoja de monitoreo, carnet de vacunación y otros). | | |
| 3 | Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada. | | |
| 4 | Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: Datos del usuario: Exigir documento de identificación y | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | <p>si estos datos coinciden con los que se encuentran en RNI (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, nacionalidad). Avisar a profesional de enfermería encargado del equipo en caso que no coincida, para cambiar los datos o informar a la encargada comunal.</p> <p>Revisión de vacunación: Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación)</p> <p>Registro de vacunación: Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.</p> | | |
| 5 | Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas. | | |

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: Katherine Elena Alvarado Ramos 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: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |