



270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

| | |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | JAVIERA SUAZO ANACONA |
| Rut | |
| Profesión | QUIMICO FARMACEUTICO |
| Horas trabajadas | 13 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 |

| | |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 222.555 |
| Nº BOLETA | 99 |

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME (mes) | DESDE: día - mes- año 01-11-2024 | HASTA: día - mes- año 30-11-2024 |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|---|---|
| 0 | |
| 1 | REVISIÓN DE RECETAS Y LIBROS CONTROLADOS |
| 2 | REPORTES Y REVISIÓN DE REPORTE RAM Y TRASPASO A PLATAFORMA SVI |
| 3 | SERVICIOS FARMACÉUTICOS |
| 4 | DESPACHO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES |
| 5 | APOYO A LA ATENCION DE PUBLICO Y ASISTENCIA TÉCNICA AL PERSONAL Y USUARIOS DE FARMACIA O BOTIQUÍN |
| 6 | REGISTRO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ACTIVIDADES DE FARMACIA Y/O BOTIQUÍN |
| 7 | PREPARACIÓN DE PEDIDOS PARA OTRAS UNIDADES |
| 8 | |

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 Programa. 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:

| | | |
|--|-------------|---|
| Timbre y firma (P. Natural o Jurídica) | Restaciones | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: JARA Rut: | ACONA | Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES Rut: |

| | |
|---|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut: | |

