

270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

| | |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | JAVIERA SUAZO ANACONA |
| Rut | |
| Profesión | QUIMICO FARMACEUTICO |
| Horas trabajadas | 15 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | 22 DE MARZO DE 2024 |

| | |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | \$ 247.965.- |
| Nº BOLETA | 89 |

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME (mes) | DESDE: día - mes- año 21-02-2024 | HASTA: día - mes- año 20-03-2024 |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|---|
| 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 salud.

| | |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) |  <p>Timbre y Firma Director CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCION</p> |
| Nombre: JAVIERA SUAZO ANACONA Rut: _____ | Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES Rut: _____ |

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

INSTITUCION: MA
 FECHA: 23 DE MARZO DE 2014
 MUNICIPIO: SANTIAGO DE LOS CABALLEROS
 DEPARTAMENTO: SANTIAGO DE LOS CABALLEROS
 DESDE: 11-03-2014 HASTA: 20-03-2014

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

FUNCIONES SEGUN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA

- 1. REVISION DE FOLIOS Y LIBROS CONTROL ALTA
- 2. REPORTES Y REVISTA M.D. REPORTE XAM Y TROMBADO A DISTANCIA S.
- 3. SERVICIOS FARMACEUTICOS
- 4. INSPECCION DE MEDICAMENTOS PROPIOS Y ESTERILIZACION
- 5. APOYO A LA ATENCION DE PUEBLO Y ASISTENCIA TECNICA EN SISTEMAS DE GUARANTIA CALIDAD ORIENTADO EN
- 6. REGISTRO Y MANEJO ESTADISTICO DE ACTIVIDADES DE FARMACIA Y OTROS
- 7. COORDINACION DE TRABAJO CON UNIDADES DE SALUD

FIRMAS Y TIMBRES DE LOS RESPONSABLES DE LAS UNIDADES DE SALUD Y DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.