

**270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA FOFAR**

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre | CAROLINA ELVIRA GALLARDO GONZALEZ |
| rut | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 10 HRS |
| Numero de Boleta | 218 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha informe | 19-04-2024 |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 57390 |
|--------------|-------|

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME (mes) | DESDE: día - mes- año 21-03-24 | HASTA: día - mes- año 20-04-2024 |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|---|
| 1 | APOYO A LA ATENCION DE PUBLICO Y ASISTENCIA TÉCNICA AL PERSONAL Y USUARIOS DE FARMACIA O BOTIQUÍN |
| 2 | REGISTRO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ACTIVIDADES DE FARMACIA Y/O BOTIQUÍN |
| 3 | PREPARACIÓN DE RECETAS |
| 4 | ENTREGA DE MEDICAMENTOS A DOMICILIOS |
| 5 | EDUCACIÓN A USUARIOS RESPECTO A RECETAS DESPACHADAS |

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. N) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: <i>Carolina Gallardo Gonzalez</i> Rut: | Nombre: <i>Carolina Puga</i> Rut: |

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