



**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	Bodega Central Farmacia
Nombre Completo	Javiera Millaray Suazo Anacona
RUT	
Programa	Extensión horaria general
Profesión	Químico Farmacéutico
Fecha de informe	18-10-2024

Numero de Boleta	96
Monto Boleta	\$357.402

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 21-08-2024	HASTA: día - mes- año 20-09-2024
--------------------	--	--

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Se realiza cobro atrasado debido a que estaba en Capacitación para los días de realización de Boletas del mes de Septiembre

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: Javiera Millaray Suazo Anacona RUT:	Nombre Completo:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:



Corporación Municipal
Gabriel González V.
FARMACIA
Depto. Salud

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 BODEGA CENTRAL
--------------------------------------	--

Establecimiento	BODEGA FARMACIA CENTRAL	
Nombre Completo	JAVIERA MILLARAY SUAZO ANACONA	
RUT		
Programa	EXTENSIÓN HORARIA GENERAL	
Profesión	QUÍMICO FARMACÉUTICO	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 06 HRS	Sábados 14 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	18/10/2024	

NUMERO DE BOLETA	Nº 96
MONTO BOLETA	\$357.402

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-08-2024	20-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Recepción de Medicamentos e insumos que estaban con quiebre de stock		
2	Recepción, revisión, ingreso a AVIS y distribución de medicamentos en bodega central a botiquines, SAPU y SAR de la comuna		
3	Preparación de pedidos según requerimientos		
4	Inventario General		
5	Otras		
6			
7			
8			
9			
10			

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p>
<p>Nombre Completo: ANACONA 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>

C.P. INAPEREZ P.

Corporación Municipal
Gabriel González V.
FARMACIA
Dpto. Salud