

|                                                                                                                                    |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN</b><br><b>PROGRAMA FOFAR</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre                                   | LILIAN CORTES CAROCA                |
| Rut                                      |                                     |
| Profesión                                | QUIMICO FARMACEUTICO                |
| Horas trabajadas                         | 22 HORAS                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                 |
| Días licencia médica                     | N/A                                 |
| Fecha Informe                            | 31 DE DICIEMBRE DE 2024             |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 371.334 |
| Nº BOLETA    | 263        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| (mes)              | 01-12-2024            | 31-12-2024            |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| 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<br>(P. | Timbre y Firma Director CESFAM<br> |
| <b>Nombre: LILIAN CORTES CAROCA</b><br><b>Rut:</b>     | <b>Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b><br><b>Rut:</b>                                                                  |

|                                                                                                                                             |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                                                                        | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                   |
| <br><b>Nombre: DANIELA BASTÍAS GONZALEZ</b><br><b>Rut:</b> | <br><b>Nombre:</b> |