

|                                      |                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.270 PROGRAMA FOFAR</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                          |                                      |               |
|------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL CARO                 |               |
| Nombre Completo                          | NICOLE ELIZABETH CONLEY MACCHIAVELLO |               |
| RUT                                      |                                      |               |
| Programa                                 | INVENTARIO GENERAL                   |               |
| Profesión/cargo                          | QUIMICO FARMACEUTICO                 |               |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes                      | Sábados 5 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |               |
| Días licencia                            | N/A                                  |               |
| Fecha Informe                            | 31 DICIEMBRE 2024                    |               |

|                  |               |
|------------------|---------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>25</b>     |
| MONTO BOLETA     | <b>92.220</b> |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01/12/2024</b>     | <b>31/12/2024</b>     |

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

| Nº | Funciones                                          | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de Inventario General                  |                   |               |
| 2  | Conteo de medicamentos e insumos                   |                   |               |
| 3  | Cuadratura en sistema AVIS de todo lo inventariado |                   |               |
| 4  | Otros.                                             |                   |               |
| 5  |                                                    |                   |               |
| 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><b>Nombre Completo:</b> NICOLE ELIZABETH CONLEY MACCHIAVELLO</p> <p><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b> <i>Lorena Casullo</i></p> <p><b>RUT:</b></p>                                                    |

|                                                                                                                                |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b></p> <p><b>RUT:</b></p> <p><i>Daniela Bastias González</i><br/>Enfermera</p>                         | <p><b>Nombre Completo:</b></p> <p><b>RUT:</b></p>                                                                             |