| CORPORACION MUNICIPAL La Serena | **270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | LILIAN CORTES CAROCA |
| Rut | |
| Profesión | QUIMICO FARMACEUTICO |
| Horas trabajadas | 21 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | 28 DE FEBRERO DE 2025 |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | **$ 347.151** |
| Nº BOLETA | **266** |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|---|---|---|
| (mes) | **01-02-2025** | **28-02-2025** |

**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 | Timbre y Firma Director CESFAM |
|---|---|
| **Nombre: L** | **Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES** |

| | |
|---|---|
| **Rut:** | **Rut:** |

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