



## 270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

Establecimiento	CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre	Keila Zúñiga Ceballo
Rut	
Profesión	QUIMICO FARMACEUTICO
Horas trabajadas	12
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	28/02/2025

MONTO BOLETA	198.372
Nº BOLETA	48

PERIODO DE INFORME (mes)	DESDE: día - mes- año <b>01-02-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>28-02-2025</b>
-----------------------------	--	--

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERÍODO

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 ATENCIÓN DE PÚBLICO 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.)	Timbre y Firma Director CESFAM DR. E. SCHAFER OSORIO DIRECCIÓN
<b>Nombre: KEILA ZUÑIGA CEBALLO</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>Rut:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre: DANIELA BASTIAS</b> <b>GONZALEZ</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>