

251. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN BOTICA CIUDADANA

| | |
|--|------------------------|
| Establecimiento | BOTICA CIUDADANA |
| Nombre Completo | Angie Elizondo Sabando |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 44 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 28 Febrero 2025 |
| MONTO BOLETA | \$ 734.236 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Febrero 2025 | 01-Febrero-2025 | 28-Febrero-2025 |

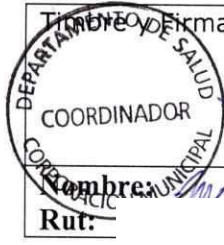
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|---|
| 1 | Orden y limpieza dependencias de la Botica y estanterías de medicamentos. |
| 2 | Recepción y verificación cantidades de medicamentos según orden de compra y etiquetado de precios |
| 4 | Inscripción de pacientes en farmacia Botica: <ul style="list-style-type: none"> Recopilación de cédula de identidad, dirección, teléfono y receta médica vigente en ficha digital. Ingreso de datos y medicamentos requeridos de paciente nuevos y actualización de recetas de pacientes ya inscritos a planilla Excel de ventas de Botica. |
| 5 | Venta de medicamentos a pacientes según recetas inscritas en farmacia Botica Ciudadana. <ul style="list-style-type: none"> Control de fechas de despacho de medicamentos y vigencia de recetas inscritas. Ingreso de boletas por venta de medicamentos por usuarios a planilla de Ventas de Botica. |
| 6 | Control despacho medicamentos y actualización de folios de recetas retenidas sin control de saldos. |
| 7 | Cuadratura de caja diaria al cierre del turno y arqueo semanal de caja. |
| 8 | Conteo saldos medicamentos inventarios rotativos y reposición de medicamentos |
| 9 | Atención presencial y telefónica con entrega de información del estado de inscripciones y de disponibilidad de medicamentos. |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la Planilla de Ventas de Botica y/o libro de novedades de turno 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 o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director Técnico Botica Ciudadana |
|---|---|

| | |
|--|------------------------------------|
| Nombre: <u>Angele Elizondo Sabando</u> | Nombre: <u>ana maria Flores H.</u> |
| Rut: _____ | Rut: _____ |

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Coordinador Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|  |  |
| Nombre: <u>Monserate Jelsa Delrino</u> | Nombre: _____ |
| Rut: _____ | Rut: _____ |