



CORPORACION MUNICIPAL  
La Serena

## 270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA  |
| Nombre                                   | DANIELLA FRANCISCA CORTES DELLAROSSA |
| Rut                                      |                                      |
| Profesión                                | QUIMICO FARMACEUTICO                 |
| Horas trabajadas                         | 19 HRS                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia médica                     | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | 31-03-2025                           |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 321.741 |
| Nº BOLETA    | 08         |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01-03-2025            | 31-03-2025            |

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  |
|----|---|
| 1  | REVISION DE RECETAS Y LIBROS CONTROLADOS  |
| 2  | REPORTES Y REVISION DE REPORTE RAM Y TRASPASO A PLATAFORMA SVI                                    |
| 3  | SERVICIOS FARMACEUTICOS   |
| 4  | DESPACHO DE MEDICAMENTOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES  |
| 5  | APOYO A LA ATENCION DE PUBLICO Y ASISTENCIA TECNICA AL PERSONAL Y USUARIOS DE FARMACIA O BOTIQUIN |
| 6  | REGISTRO Y ANALISIS ESTADISTICO DE ACTIVIDADES DE FARMACIA Y/O BOTIQUIN                           |
| 7  | PREPARACION DE PEDIDOS PARA OTRAS UNIDADES  |

**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 o P. Jurídica) | Timbre y Firma Directora<br><b>CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b><br>DIRECTORA<br>CESFAM SCHAFFHAUSER<br>La Serena |
| Nombre: <b>DANIELLA FRANCISCA CORTES DELLAROSSA</b><br>Rut:                | Nombre: <b>CLAUDIA GALLARDO CORTES</b><br>Rut: 1  |

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

  
COORDINADOR  
DEPTO. SALUD  
DANIELA BASTIAS GONZALEZ  
LA SERENA

  
CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
DIRECCIÓN  
LA SERENA