

| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION<br>COD.202 BODEGA CENTRAL |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
|-------------------------------|------------------------------------------------------|

|                                          |                            |         |
|------------------------------------------|----------------------------|---------|
| Establecimiento                          | BODEGA CENTRAL DE FARMACIA |         |
| Nombre Completo                          | FRANCISCA CARVAJAL CORTÉS  |         |
| RUT                                      |                            |         |
| Programa                                 | EXTENSIÓN HORARIA          |         |
| Profesión                                | TENS                       |         |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes 06         | Sábados |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                  |         |
| Días licencia                            | NO APLICA                  |         |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025                 |         |

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>160</b>       |
| MONTO BOLETA     | <b>\$ 29.880</b> |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-04-2025</b>     | <b>30-04-2025</b>     |

| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|-----------------------------------------|
|-----------------------------------------|

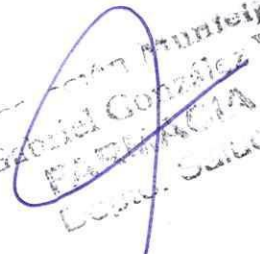
| Nº | Funciones                                                                                                                  | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Recepción de Medicamentos e insumos que estaban con quiebre de stock                                                       |                   |               |
| 2  | Recepción, revisión, ingreso a AVIS y distribución de medicamentos en bodega central a botiquines, SAPU y SAR de la comuna |                   |               |
| 3  | Preparación de pedidos según requerimientos                                                                                |                   |               |
| 4  | Inventario General                                                                                                         |                   |               |
| 5  | Otras                                                                                                                      |                   |               |
| 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.

*(Firma y Sello)*  
Corporación Municipal  
Gabriel González Videla  
La Serena

|                                                                            |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM       |
| <b>Nombre Completo: FRANCISCA CARVAJAL CORTES</b><br><b>RUT:</b>           | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |

|                                                                                                                            |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| <b>Nombre Completo: Emilio Trujillo E.</b><br><b>RUT:</b>                                                                  | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                                                                    |

  
Gabriel González V.  
PABLO  
Lema, Chile