



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE : 6 NORTE N° 1467**  
**Mes de : abril de 2024**

I.- **Funcionario** : Camila López Ruiz  
**Departamento** : Salud  
**Decreto (contrato)** : 7359 06-05-24  
**Centro de costo o ítem** : 310301  
**Nombre Programa** : CESFAM Pueblo Nuevo

II.- **Boleta Número** : 8  
**Fecha Boleta** : 30-04-2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 405.600.-  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 405.600.-

*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

III.- Funciones Contratadas:

Realizar extensión médica en el CENTRO DE Salud Familiar Pueblo Nuevo, que comprende la atención de morbilidad a los pacientes beneficiarios que le sean asignados por el Centro de salud, en su calidad de Médico, en horario de extensión, lo que contempla:


- Señalar diagnóstico, receta médica y órdenes en los casos que se requiera.
- Emitir un informe de las atenciones realizadas en base a formulario proporcionado por el establecimiento.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Emisión de diagnóstico, receta médica y órdenes en la atención de pacientes en horario de extensión.
- Emisión de un informe de las atenciones realizadas en base a formulario proporcionado por el establecimiento.

El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**

  
\_\_\_\_\_  
**Camila López Ruiz**

  
\_\_\_\_\_  
**María Fda. Hernández Castro**

  
\_\_\_\_\_  
**Elizabeth Acosta Pérez**

\*\*\* Cambiar los datos del pie de firma por las personas en cuestión