



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE : CESFAM VILLA ALEGRE**  
**Mes de : Abril de 2024**

I.- **Funcionario** : Valentina Cariqueo cares  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 7365 06/05/2024  
**Centro de costo o ítem** : 31.05.01  
**Nombre Programa** : Extensión Medica

II.- **Boleta Número** : 2  
**Fecha Boleta** : 30 de Abril 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 709.800  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 861.900.-

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

No realiza todos los turno de extensión solicitado para el mes de Abril. 2024.

III.- **Funciones Contratadas:**

Realizar extensión médica en el Centro de Salud Familiar Villa Alegre, que comprende la atención de morbilidad a los pacientes beneficiarios que le sean asignados por el Centro de Salud, en calidad de Medico, en horario de extensión semanal, lo que contempla:

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

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Señalar diagnóstico, receta médica y órdenes de examen en los casos que se requieran.

- Emitir 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.**

  
**VALENTINA CARIQUEO CARES**

  
**CARLOS OSSES ESCOBAR**  
Subdirector Clínico  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco

  
**RAUL GARCES ZUÑIGA**  
**DIRECTOR**  
DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco

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