



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE : CESFAM VILLA ALEGRE**

**Mes de : Abril de 2024**

I.- **Funcionario** : Jaime Lipilao Huenulaf  
**Departamento** : Salud Municipal de Temuco  
**Decreto (contrato)** : 7925 22/05/2024  
**Centro de costo o** : 326101  
**ítem Nombre** : Detección Precoz de Cáncer Cervico Uterino y  
**Programa** : Cáncer de mama – PRAPS Cesfam Villa Alegre

II.- **Boleta Número** : 21  
**Fecha Boleta** : 30 de ABRIL 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 300.509  
**Valor Cuota según Contrato** : 300.509

III.-

Funciones Contratadas:

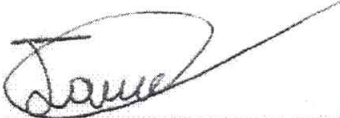
Desarrollar actividades en los Cesfam dependientes del Departamento de Salud De Temuco, en su calidad de Técnico de Nivel Superior en Enfermería lo que contempla;


- Realizar llamado telefónico a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco.
- Realizar llamado telefónico para confirmación de hora a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco.
- Agendar en RAYEN de matron/a a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco, que confirmen atención.
- Completar planilla mensual tipo con datos de usuarias agendadas con la siguiente información: Nombre, Rut, Edad, Prestacion realizada (examen físico de mama, PAP, Orden de atención para mamografía).


IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:


- Realizar llamado telefónico a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco.
- Realizar llamado telefónico para confirmación de hora a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco.
- Agendar en RAYEN de matron/a a usuarias inscritas en centros de salud dependientes del departamento de salud de la municipalidad de Temuco, que confirmen atencion.
- Completar planilla mensual tipo con datos de usuarias agendadas con la siguiente información: Nombre, Rut, Edad, Prestacion realizada (examen físico de mama, PAP, Orden de atención para mamografía).

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

  
\_\_\_\_\_  
**JAIME LIPILAO H.**

  
\_\_\_\_\_  
**LILIANETT MORA V.**  
Lilianett Mora V.  
13.584.729-1  
Matrona

  
\_\_\_\_\_  
**RAUL GARCÉS ZUÑIGA**  
**DIRECTOR**



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