



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910**

**Mes de: Agosto de 2024**

I.- **Funcionario** : IVONNE RIVAS MUÑOZ  
**Departamento** : SALUD  
**Decreto (contrato)** : 11698 28/08/2024  
**Centro de costo o ítem** : 320401  
**Nombre Programa** : SAR Pedro de Valdivia

II.- **Boleta Número** : 72  
**Fecha Boleta** : 31/08/2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 287.400  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 1.485.000

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

**No realiza todos los turnos programados**

**Realiza turnos de semana el 08 y 16 de agosto, 30 horas totales**

**Realiza turno de fin de semana el 15 de Agosto, 9 horas totales**

III.- Funciones Contratadas:

Apoyar la realización de radiografías a pacientes que le sean asignados por el SAR Pedro de Valdivia, en su calidad de **Tecnólogo Médico**, lo que contempla:

- Toma de radiografía de tórax para confirmación o descarte de enfermedades respiratorias en niños y adultos, y para confirmación o descarte de diagnóstico de neumonía dentro de las 24 horas de la consulta de APS.
- Radiografía de Cavum rinofaríngeo
- Radiografía abdomen, renal y vesical simple.
- Radiografía cráneo, columna, pelvis cadera y otras.
- Otras correspondientes como dispositivo Nodo Comunal, como lo es la toma de exámenes radiológicos y revelados de los mismos, de los diferentes establecimientos de salud de la comuna de Temuco.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Toma de radiografía de tórax para confirmación o descarte de enfermedades respiratorias en niños y adultos, y para confirmación o descarte de diagnóstico de neumonía dentro de las 24 horas de la consulta de APS.

- Radiografía de Cavum rinofaríngeo
- Radiografía abdomen, renal y vesical simple.
- Radiografía cráneo, columna, pelvis cadera y otras.
- Otras correspondientes como dispositivo Nodo Comunal, como lo es la toma de exámenes radiológicos y revelados de los mismos, de los diferentes establecimientos de salud de la comuna de Temuco.

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

**Nombre y Firma Prestador Servicio**

MUNICIPALIDAD DE PEDRO DE VALDIVIA  
SAR  
CLAUDIA ANDREA RIVERA DE GREGORIO  
ENFERMERA UNIVERSITARIA  
RUT 13.215.810-6

**Coordinadora SAR**

Subdirectora Clínica  
**Nombre y Firma Director (a)**