



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS**

DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910

Mes de: DICIEMBRE de 2024

I.- **Funcionario** : IVONNE RIVAS MUÑOZ
Departamento : SALUD
Decreto (contrato) : 16393 11/12/2024
Centro de costo o ítem : 320401
Nombre Programa : SAR *Pedro de Valdivia*

II.- **Boleta Número** : 83
Fecha Boleta : 31/12/2024
Valor Bruto Boleta : \$ 387.000
Valor Cuota según Contrato : \$ 936.000

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

**No realiza todos los turnos programados.
No realiza turnos de semana.
Realiza turnos de fines de semana, 01, 21,22 y 24 de diciembre, 45 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.

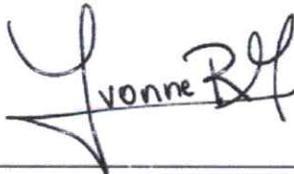
-Radiografía de Cavum rinofaríngeo

-Radiografía abdomen, renal y vesical simple.

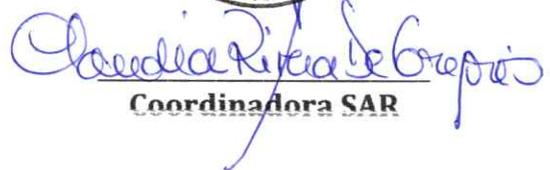
-Radiografía cráneo, columna, pelvis cadera y otras.

-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



Coordinadora SAR



Nombre y Firma Director (a)