



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910**  
**Mes de: FEBRERO de 2024**

I.- **Funcionario** : IVONNE RIVAS MUÑOZ  
**Departamento** : SALUD  
**Decreto (contrato)** : 3055 | 20.02.2024  
**Centro de costo o ítem** : 320401  
**Nombre Programa** : SAR *Pedro de Valdivia*

II.- **Boleta Número** : 57  
**Fecha Boleta** : 29/02/2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$105.000  
**Valor Cuota según Contrato** : \$832.800

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

No puede realizar todos los turnos programados.

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**

*Astid Gómez Coffin*  
Subdirectora Clínica  
  
**Nombre y Firma Director (a)**