



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

I.- **Funcionario** : ESTEBAN MONTES CRUZ
Departamento : SALUD
Decreto (contrato) : ~~3071~~ | 20.02.2024
Centro de costo o ítem : 320401
Nombre Programa : SAR *Pedro de Valdivia*

II.- **Boleta Número** : 62
Fecha Boleta : 29/02/2024
Valor Bruto Boleta : \$206.400
Valor Cuota según Contrato : \$206.400

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

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.

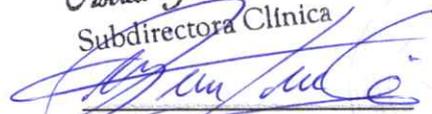
El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**



Nombre y Firma Prestador Servicio



Coordinadora SAR

Astair Gómez Coffin
Subdirectora Clínica


Nombre y Firma Director (a)