



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: CESFAM Labranza**  
**Mes de: MAYO de 2024**

I.- **Funcionario** : Beatriz Alea Castilla  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 8751 10-06-24  
**Centro de costo o ítem** : 310701  
**Nombre Programa** : Extensión médica

II.- **Boleta Número** : 155  
**Fecha Boleta** : 31/05/2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 50.700  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 50.700

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

**III.- Funciones Contratadas:**

Realizar extensión médica en el Centro de Salud Familiar Labranza, que comprende realizar atención clínica a los pacientes beneficiarios que le sean asignados en calidad de Médico en horario de extensión semanal, lo que contempla:

-Establecer un diagnóstico y prestaciones asociadas (receta médica, órdenes de examen, derivaciones, etc)

-Emitir un informe de las atenciones realizadas en base a formulario proporcionado por el establecimiento.

**IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:**

-Viernes 31 de mayo 2024: 17.00 a 20.00 hrs

Total: 3 horas

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

**Dra. Beatriz Alea Castilla**  
Médico Cirujano

**Dra. Rocío Salazar Rodríguez**  
Subdirectora Clínica

  

**TS Cristina Contreras Carrasco**  
Directora