



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS

DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910

Mes de: OCTUBRE de 2024

- I.- **Funcionario** : IVONNE RIVAS MUÑOZ
Departamento : SALUD
Decreto (contrato) : 15 127 25-11-24
Centro de costo o ítem : 320401
Nombre Programa : SAR Pedro de Valdivia
- II.- **Boleta Número** : 78
Fecha Boleta : 31/10/2024
Valor Bruto Boleta : \$ 371.200
Valor Cuota según Contrato : \$ 1.146.000
*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

No realiza todos los turnos programados

Realiza turnos de semana el 10 y 25 de octubre, 26 horas totales

Realiza turnos de fin de semana el 13 y 31 de octubre, 22 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 Medico**, lo que contempla:

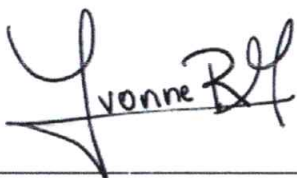
- Toma de radiografía de tórax para confirmación o descarte de enfermedades respiratorias en niños y adultos, y para confirmación o descarte de diagnóstico de neumonía dentro de las 24 horas de la consulta de APS.
- Radiografía de Cavum rinofaríngeo
- Radiografía abdomen, renal y vesical simple.
- Radiografía 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



CLAUDIA ANDREA RIVERA DE GREGORIO
ENFERMERA UNIVERSITARIA
R.U.T. 13.316.610-5

Coordinadora SAR



Nombre y Firma Director (a)