



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : Noviembre Año 2024**

I.- **Funcionario** :Dawins Choul  
**Departamento** :Salud  
**Decreto (contrato)** : 15940 10-12-24  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Médica

II.- **Boleta Número** :264  
**Fecha Boleta** :30/11/2024  
**Valor Bruto Boleta** :202.800  
**Valor Cuota según Contrato** :202.800

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Atención Médica Horario de extensión lo que contempla:

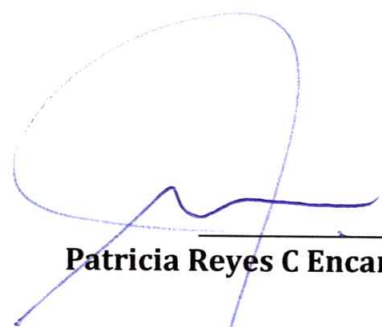
- Realización de consultas de Morbilidad de usuarios de acuerdo a la oferta de cupos en horario de 17:00 -20: 00 hrs de lunes a viernes
- indicación de exámenes y/o procedimientos (ya sea de sangre , orina deposiciones , estupo , entre otras), radiografías, EDA, colonoscopías, Ecotomografías, TAC, RNM,etc.
- Elaboración de receta de Morbilidad para retiro inmediato por patología aguda
- Revisión de exámenes con anterioridad
- Control de signos vitales , toma de PA, pulso, glicemia capilar a personas dg con de Diabetes Mellitus tipo2 (DM2), antropometría ( peso y estatura)
- Elaboración de receta crónica de fármacos si fuese necesario
- Solicitud de toma de electrocardiograma
- solicitud de perfiles seriados de PA y/o solicitud de glicemia capilar según necesidad

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención Médica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en certificado de turno de Noviembre 2024. (Adjunto) días viernes de 17:00 -20:00 horas : **12 horas realizadas**

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

  
\_\_\_\_\_  
**Dawins Choul Prestador Servicio**

  
\_\_\_\_\_  
**Patricia Reyes C Encargado Programa**



  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Marisa Villalobos C Directora**