



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

- I.- **Funcionario** :Camila Chamorro Cornejo  
**Departamento** :Salud  
**Decreto (contrato)** : 14214 28/10/2024  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Médica
- II.- **Boleta Número** :32  
**Fecha Boleta** :31/10/2024  
**Valor Bruto Boleta** :253.500  
**Valor Cuota según Contrato** :253.500

*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 lunes a viernes de 17:00-20:00 hrs
  - 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
- Evaluación profesional médica a pacientes con patologías crónicas no transmisibles
  - 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
  - Solicitud de exámenes de rutina y nodos( sangre y orina)

- Solicitud de toma de electrocardiograma Solicitud de perfiles seriados de PA y/o solicitud de glicemia capilar según necesidad
- Solicitud de Fondo de Ojo a pacientes con dg de DM2
- Revisión de perfiles seriados de PA y/o glicemia capilar
- Realización de Interconsulta a especialidad si corresponde
- Derivación interna a otros integrantes de Equipo para controles de seguimiento

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención Médica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en certificado de turno de Octubre 2024. (Adjunto)  
Lunes de 17:00-20:00 horas : 15 **horas realizadas**

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

**Camila Chamorro C Prestador Servicio**

**Patricia Reyes C Encargado Programa**



**Dra. Marisa Villalobos C**  
**Directora**