



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE : CESFAM VILLA ALEGRE**  
**Mes de : Octubre de 2024**

I.- **Funcionario** : Michelle Daza Romay  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 14254 28/10/2024  
**Centro de costo o ítem** : 31.05.01  
**Nombre Programa** : Extensión Medica

II.- **Boleta Número** : 199  
**Fecha Boleta** : 30 de Octubre 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 211.250  
**Valor Cuota según Contrato** : 253.500

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

No realizo todos los turnos solicitados.

III.- **Funciones Contratadas:**

Realizar extensión médica en el Centro de Salud Familiar Villa Alegre, que comprende la atención de morbilidad a los pacientes beneficiarios que le sean asignados por el Centro de Salud, en calidad de Medico, en horario de extensión semanal, lo que contempla:

- Señalar diagnóstico, receta médica y órdenes de examen en los casos que se requieran.
- Emitir un informe de las atenciones realizadas en base a formulario proporcionado por el establecimiento

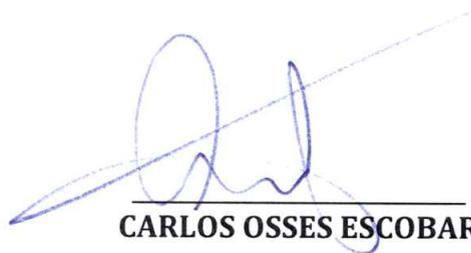
Señalar diagnóstico, receta médica y órdenes de examen en los casos que se requieran.

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

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



**MICHELLE DAZA ROMAY**



**CARLOS OSSES ESCOBAR**



DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco  
**RAUL GARCES ZUÑIGA**  
DIRECTOR

\*\*\* Cambiar los datos del pie de firma por las personas en cuestión