

**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: Salud Municipal**  
**MES DE: Septiembre de 2024**

I.- **Funcionario** : Dawins Choul  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 11.554 12/08/2024  
**Centro de costo o ítem** : 341001  
**Nombre Programa** : *Extensión Medica*

II.- **Boleta Número** : N° 250  
**Fecha Boleta** : 30/08/2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$202.800.-  
**Valor Cuota según Contrato** : \$202.800.-

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

III.- **Funciones Contratadas:**

- 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

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

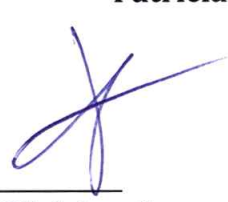
Atención Médica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en certificado de turno de Julio 2024. (Adjunto) 17:00 -20:00 **12 horas realizadas**

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