



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

I.- **Funcionario** : Nataly Peña Muñoz  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 12804 24/09/2024  
**Centro de costo o ítem** : 31.05.01  
**Nombre Programa** : Extensión Medica

II.- **Boleta Número** : 103  
**Fecha Boleta** : 30 de Septiembre 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 269.400  
**Valor Cuota según Contrato** : 488.100

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

No realiza el total de horas de extensión solicitadas

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

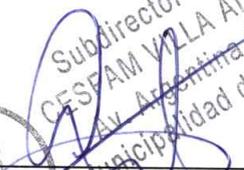
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

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.**

  
NATALY PEÑA MUÑOZ

  
Subdirector Clínico  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco  
CARLOS OSÉS ESCOBAR

  
DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco  
RAUL GARCÉS ZUNIGA  
DIRECTOR

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