



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE : CESFAM VILLA ALEGRE**

**Mes de : Abril de 2025**

I.- **Funcionario** : Nataly Peña Muñoz  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 5888 14-04-25  
**Centro de costo o ítem** : 31.05.01  
**Nombre Programa** : Extensión Medica

II.- **Boleta Número** : 123  
**Fecha Boleta** : 30 de Abril 2025  
**Valor Bruto Boleta** : 333.530  
**Valor Cuota según Contrato** : 387.600

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

No realiza todas las extensiones solicitada

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 OSSES ESCOBAR**

  
DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco  
\_\_\_\_\_  
**RAUL GARCÉS ZUÑIGA**  
**DIRECTOR**

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