



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : Enero Año 2025**

I.- **Funcionario** : EDUARDO JARA SANDOVAL  
**Departamento** : Salud  
**Decreto (contrato)** : 1220                      20/01/2025  
**Centro de costo o ítem** : 34.10.01  
**Nombre Programa** : Estrategia MAS CESFAM

II.- **Boleta Número** : 28  
**Fecha Boleta** : 31/01/2025  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 543.720.-  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 543.720.-

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Atención de Enfermería Horario de extensión lo que contempla:

- Realizar controles de salud del Programa Salud Cardiovascular a usuarios que no pueden acceder en horario de 8:00-17:00 hrs de lunes a viernes y 9.00-13:00 hrs días sábados
- Evaluación de Enfermería 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)
- 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
- Derivación interna a otros integrantes de Equipo para controles de seguimiento
- Completar registros propios del Programa , tales como Formulario Cardiovascular, otros controles crónicos ( Hipotiroidismo), Estimación del Riesgo de Ulcerar en personas con dg de DM2, entre otras.

- Exámenes Preventivos a población beneficiaria de 15 a 64 años y de 65 y más años

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención de Enfermería de atención primaria en horario de extensión de 17:00-22:00 hrs, según detalle consignado en certificado **de turno de Enero 2025. (Adjunto)69 horas realizadas**

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



**Eduardo Jara Sandoval**  
Prestador Servicio



**Dra. Marisa Villalobos Castillo**  
Directora CESFAM Santa Rosa  
**Dra. Leontina Anselme Silva**



Patricia Reyes Cifuentes  
8.062.310-2  
Enfermera

**Sra. Patricia Reyes Cifuentes**  
Encargado Programa

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