



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

- I.- **Funcionario** : MARIA MARIHUAL MUÑOZ  
**Departamento** :Salud  
**Decreto (contrato)** : 5885 14/04/2025  
**Centro de costo o ítem** :34.10.01  
**Nombre Programa** :MAS CESFAM
- II.- **Boleta Número** :63  
**Fecha Boleta** :30/05/2025  
**Valor Bruto Boleta** :520.080  
**Valor Cuota según Contrato** :520.080  
*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

III.- **Funciones Contratadas:**

Atención Kinésica Horario de extensión lo que contempla:

- Consulta Kinésica
- Sesiones de rehabilitación
- Ejercicios terapéuticos
- Fisioterapia
- Derivación interna a otros integrantes de Equipo para controles de seguimiento

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención Kinésica de atención primaria en horario de extensión desde las 20:00-22:00hrs, **turnos de Mayo 2025. 66 hrs realizadas**

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

**Maria Marihual Prestador Servicio**

Patricia Reyes Cifuentes  
8.062.810-2  
Enfermera

**Patricia Reyes Encargado Programa**



**DRA. MARISA VILLALOBOS C.**  
**Director (a)**