



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : Febrero Año 2026**

I.- **Funcionario** : Felipe Jacob Omador Cartes  
**Departamento** :Salud  
**Decreto (contrato)** : 4460 25-03-26  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión horaria medico población  
cardiovascular

II.- **Boleta Número** :95  
**Fecha Boleta** :28-02-2026  
**Valor Bruto Boleta** : 1.195.360  
**Valor Cuota según Contrato** : 1.195.360

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Atención Médica Horario de extensión lo que contempla:

Realizar control de salud mental

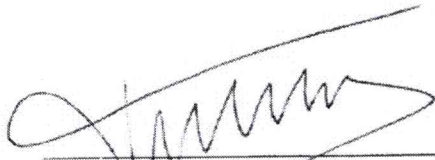
- Realizar evaluaciones clínicas exhaustivas para diagnosticar trastornos mentales, como depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros.
- Utilizar herramientas de evaluación estandarizadas y entrevistas clínicas para recopilar información relevante sobre la historia clínica y los síntomas del paciente.
- Establecer diagnósticos precisos y desarrollar planes de tratamiento individualizados basados en los resultados de la evaluación.
- Prescribir medicamentos psicotrópicos y psicoterapia según sea necesario para tratar trastornos mentales.
- Coordinar la atención con otros profesionales de la salud mental, como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, para proporcionar una atención integral.
- Educar a pacientes y familiares sobre los trastornos mentales, incluyendo síntomas, factores de riesgo, opciones de tratamiento y estrategias de afrontamiento.

- Completar registros de ficha clínica rayen; formularios de salud mental u otro que se solicite para asegurar seguimiento

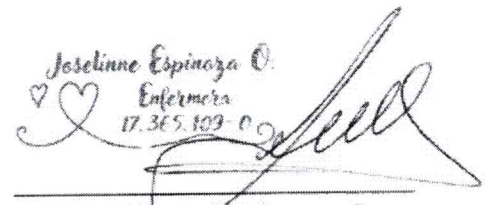
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención Médica de atención primaria en horario de extensión 17:00-20:00 hrs según detalle consignado en certificado de turno de febrero 2026

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



**Felipe Omador Cartes**  
Prestador



**Joselinne Espinoza O.**  
Enfermera  
17.365.309-0  
**Joselinne Espinoza O.**  
Encargado Programa



**DRA. MARISA VILLALOBOS C**  
DIRECTORA