



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910**  
**Mes de : MARZO 2026**

I.- **Funcionario** : IVONNE RIVAS MUÑOZ  
**Departamento** : Salud  
**Decreto (contrato)** : 4935 01-04-26  
**Centro de costo o ítem** : 32.04.01  
**Nombre Programa** : SAR Pedro de Valdivia

II.- **Boleta Número** : 92  
**Fecha Boleta** : 31/03/26  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 942.000  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 942.000

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

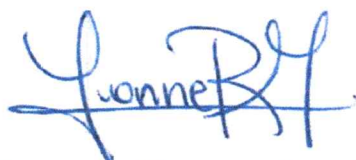
III.- Funciones Contratadas:

Apoyar la atención de pacientes en el SAR Pedro de Valdivia, en horario de atención de SAR dicho servicio, **TECNOLOGO MEDICO**, lo que contempla:  
-Toma de radiografía de tórax para confirmación o descarte de enfermedades respiratorias en niños y adultos, y para confirmación o descarte de diagnóstico de **neumonía dentro de las 24 horas de la consulta de APS.**  
-Radiografía de Cavum rinofaríngeo  
-Radiografía abdomen, renal y vesical simple.  
-Radiografía cráneo, columna, pelvis cadera y otras.  
-Otras correspondientes como dispositivo Nodo Comunal, como lo es la toma de exámenes radiológicos y revelados de los mismos, de los diferentes establecimientos de salud de la comuna de Temuco.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

--Toma de radiografía de tórax para confirmación o descarte de enfermedades respiratorias en niños y adultos, y para confirmación o descarte de diagnóstico de **neumonía dentro de las 24 horas de la consulta de APS.**  
-Radiografía de Cavum rinofaríngeo  
-Radiografía abdomen, renal y vesical simple.  
-Radiografía cráneo, columna, pelvis cadera y otras.  
-Otras correspondientes como dispositivo Nodo Comunal, como lo es la toma de exámenes radiológicos y revelados de los mismos, de los diferentes establecimientos de salud de la comuna de Temuco.

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

  
Ivonne Rivas Muñoz  
NOMBRE Y FIRMA PRESTADOR DE  
SERVICIOS

  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SAR



  
NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR/A

