



## INFORME DE ACTIVIDADES

### **ANTECEDENTES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE</b>                | Andrea Hernández Varela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>PROFESION</b>             | Médico Cirujano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>UNIDAD</b>                | Continuidad de la atención en el Centro de Salud Familiar "Humberto Rojas Sepúlveda" Panimávida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ACTO ADMINISTRATIVO</b>   | Decreto Alcaldicio N°1181 de fecha 28.04.25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERIODO INFORMADO</b>     | Agosto de 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>OBJETIVO</b>              | <p>Dar cumplimiento a la continuidad de la atención establecida en el artículo 2, letra e) Sección N° 1 del Decreto N° 21 de fecha 31.12.24., emanado por el Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a las Municipalidades y que señala expresamente ámbito, indicador y fórmula, que deben cumplir los Establecimientos de Salud y que se indica a continuación:</p> <p><b>INDICADOR (2) Ámbito RISS</b><br/>Organización y Gestión "Continuidad de la Atención".</p> <p><b>FORMULA 2.1 :</b><br/>Número de Establecimientos funcionando en horario de 08:00 a 20:00 horas de Lunes a Viernes y de 09:00 a 13:00 horas el día Sábado.</p> |
| <b>DURACION DEL CONTRATO</b> | 9 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>UNIDAD MUNICIPAL</b>      | Departamento de Salud Municipal de Colbún.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### **RESUMEN DE ACTIVIDADES**

Prestaciones de Salud en extensión horaria del CESFAM individualizado, de acuerdo a organización de agendas y citaciones de usuarios de acuerdo a los rendimientos establecidos, con su respectiva evolución clínica y registros estadísticos en sistemas computacionales dispuestos por el Servicio de Salud respectivo.

### **CERTIFICACION**

Quien suscribe, certifica que las prestaciones ejecutadas por el (la) prestador (a) individualizado (a), han sido cumplidas satisfactoriamente y de acuerdo a lo establecido en Contrato de Honorarios y que el presente informe cuenta con los antecedentes que dan cuenta de ellas.

**LILIAN PLAZA RIVERA**  
Directora

COLBUN, SEPTIEMBRE 09 DE 2025



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ACXUXJ-488>