



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE: Salud**  
**Mes de: abril de 2024**

- I.- **Funcionario** : Marcela Sepúlveda Cleveland  
**Departamento** : Salud  
**Decreto (contrato)** :  
**Centro de costo o ítem** : 324301  
**Nombre Programa** : Prog. Resolutividad Medico gestor
- II.- **Boleta Número** : 196  
**Fecha Boleta** : 30 abril 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 115.630  
**Valor Cuota según Contrato** : 3 cuotas de fijas y mensuales de 115.630  
*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

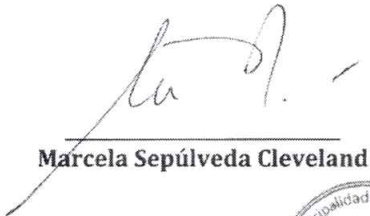
III.- Funciones Contratadas:

Realizar actividades en el marco del convenio resolutive en APS año 2024

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Protocolos y otros
- Ingresos mensuales a la lista de espera 2023
- Listas de esperas vigentes
- Priorización
- Entrega de informe mensual a la unidad de gestión técnica con el reporte de las IC y OA priorizadas

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

  
Marcela Sepúlveda Cleveland

  
Natalia S. Navarro Méndez  
Enfermera  
Encargado Programa



  
Jorge Valenzuela Vásquez  
Director CESEAM Amanecer



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



## INFORME CUMPLIMIENTO TECNICO DE ACTIVIDADES ASOCIADAS A PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE ATENCION PRIMARIA (PRAPS)

Fecha: 30-04-2024

### 1. Antecedentes Generales:

Mes de Ejecución	abril 2024
Nombre Profesional/ Técnico/ Administrativo	Marcela Sepúlveda
RUT	10428931-2
Profesión o función	Medico
Categoría	A
Modalidad de Contrato	Honorarios
Horas contratadas	5
Nombre Programa Reforzamiento APS	Resolutividad cirugía menor
Componente/Estrategia	
N° Decreto Contrato	
Establecimiento desempeño	CESFAM Amanecer

### 2. Actividades:

El Director del Departamento de Salud Municipal de la comuna, certifica que el funcionario mencionado en el antecedente, se encuentra contratado para desarrollar los componentes y actividades del programa sanitario, las cuales se realizaron durante el mes en curso y corresponden a las siguientes:

Actividad	Marcar con X	N° Actividades	Medios Verificación (*)
Consultas			
Controles			
Visitas			
Altas Integrales			
Talleres			
Toma de Exámenes o Procedimientos			
Traslados			
Otras (Especificar)	listas de esperas vigentes, protocolos y otros.		

(\*)Medios de Verificación: detallar RCE (SSASUR, RAYEN, AVIS, OTRO), Planilla Excell, RNI, REM u Otros (Especificar)

Sr.  
Director DSM o CESFAM  
Municipalidad \_\_\_\_\_

JORGE YALENZUELA VÁSQUEZ  
16.630.025-1  
DIRECTOR  
CESFAM AMANECER

