



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE: SALUD -PROGRAMA ALÓ RED**

**Mes de: Enero de 2024**

I.- **Funcionario** : MILTON MOYA KRAUSE  
**Departamento** : SALUD  
**Decreto (contrato)** : D.A. N° 1970/29.01.2024  
**Centro de costo o ítem** : 31.01.01  
**Nombre Programa** : *Programa Aló red, salud integral*

II.- **Boleta Número** : 189  
**Fecha Boleta** : 29.02.2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$2.800.000.  
**Valor Cuota según Contrato** : \$2.800.000

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

III.- Funciones Contratadas:


Funciones Específicas: Se desempeñará en el Departamento de Salud Municipal de Temuco en su calidad de médico, Diplomado en Gestión Estratégica de Salud, Informática de Gestión, Sistemas equitativos de salud, entre otros, lo que contempla:



- . Asesoría y monitorización medica de estrategia teletriage Aló Red como: vinculación con los niveles secundarios y terciarios de atención de salud; SSASUR, Red Asistencias y Red de Urgencias (municipal y SAMU).
- . Asesorías en Resolutividad para la correcta ejecución del Subprograma 2 en UAPO y UAPORRINO.
- . Actualización y reevaluación médica de proyectos de inversión
- . Diseño y planificación del área médica de las iniciativas municipales, incluidas en el PLASAM 2024, como el Programa Aló red y Programas Extrapresupuestarios (subprograma 2)
- . Asesoría Sistema de comunicación territorial y gestión clínica


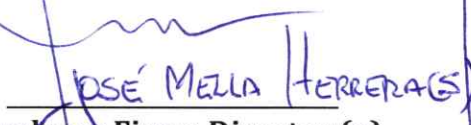
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- . días 6 y 8/02/2024 reunión interna Aló red urgencia
- . días 20-2602/24 Revisión Prespuestaria, Programas Minsal
- . día 29/02/24 Reunión interna Aló red
- . Planes de intervención de urgencia, nuevo informe de inversiones
- . Informe análisis y Plan: SUR - Boyeco
- . Monitoreo contrato Telemedicina
- . Consultas cotidianas técnicas

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

  
Dr. MILTON MOYA KRAUSE  
RUT: 81.411.105 - PCM: 18064-5  
ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR  
SERVICIO MEDICINA - URGENCIA H.H.H.A

   
**Encargado Centro de Costo**

   
**Nombre y Firma Director (a)**

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

**INDICACIONES**