

**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD**

**Mes de junio de 2024**

I.- **Funcionario** : KAROL YASMINIE OPAZO TILLERÍA  
**Departamento** : SALUD MUNICIPAL  
**Decreto (contrato)** : 6932/20.04.24  
**Centro de costo o ítem** : 32.22.01  
**Nombre Programa** : *Elige Vida Sana*

II.- **Boleta Número** : 102  
**Fecha Boleta** : 28 de junio de 2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$354.393  
**Valor Cuota según Contrato** : \$324.406

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

Valor Bruto Boleta corresponde a 39 horas trabajadas.

III.- **Funciones Contratadas:**

**Gestión Técnica:**

- Ejecutar el Programa Vida Sana según orientaciones técnicos vigentes a la fecha y en modalidad presencial.
- Implementar estrategias locales para el cumplimiento de metas.
- Registrar en ficha clínica y planilla Excel del programa los datos de las intervenciones realizadas.
- Firma de carta de compromiso y de consentimiento informado a usuarios (1er control individual).
- Enviar mensualmente, a través de correo electrónico, los informes de actividades, registros estadísticos y boleta de honorarios.

**Ejecución Técnica:**

- Realizar 3 atenciones individuales a cada usuario del programa. Rendimiento de 2 pacientes por hora.
- Realización de control de 6to mes de intervención a usuarios activos del programa, evaluar su condición nutricional, modificación de hábitos alimentarios y asistencia a los círculos de vida sana realizados.
- Realizar 5 círculos de vida sana al grupo de usuarios ingresados, donde el contenido y número de sesiones será propia para cada grupo etario y según lineamientos técnicos. Tiempo destino por intervención es de 1 hora.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Elaboración de planes de trabajo y/o informes, entre ellos planificaciones de actividades/círculos, carta Gantt, presentaciones atingentes a grupos etarios del programa.
- Ejecutar el Programa Vida sana según sus orientaciones técnicas vigentes a la fecha y en modalidad presencial.
- Registrar en ficha clínica y planilla Excel del programa los datos de las intervenciones realizadas.
- Firma de carta de compromiso y de consentimiento informado de los usuarios. (1er control individual)
- Enviar mensualmente, a través de correo electrónico, los informes de actividades, registros estadísticos y boleta honoraria a: Dirección y secretaría de establecimiento, jefatura de Programa y Coordinación Comunal, en los plazos que correspondan.
- Asistir a reuniones citadas por coordinación local del PEVS.

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

  
**Karol Opazo Tillería**  
18.720.691-K  
**Nutricionista**

**Karol Opazo Tillería**  
**Nutricionista PEVS**  
**CESFAM EL CARMEN**



  
**María Paz González**  
Nutricionista  
16.684.433-9

**María Paz González G.**  
**Oficina de Programa**  
**Depto. de Salud de**  
**Temuco**

  
  
**Yasna Lafont Campos**  
**Director (a)**  
**CESFAM EL CARMEN**