



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS**

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

- I.- **Funcionario** : Marcela Sepúlveda Cleveland
Departamento : Salud
Decreto (contrato) : 2811 29.01.2024
Centro de costo o ítem : 324301
Nombre Programa : Prog. Resolutividad Medico gestor
- II.- **Boleta Número** : 194
Fecha Boleta : 31 marzo 2024
Valor Bruto Boleta : 115.610
Valor Cuota según Contrato : 3 cuotas de fijas y mensuales de 115.610
*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

III.- Funciones Contratadas:

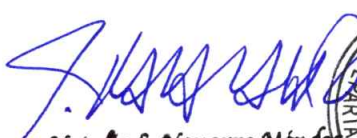
Realizar actividades en el marco del convenio resolutive en APS año 2024

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




DIRECCIÓN
Jorge Valenzuela Vásquez
Director CESFAM Amanecer

JORGE VALENZUELA VÁSQUEZ
16.830.085-9
DIRECTOR
CESFAM 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:

1. Antecedentes Generales:

Mes de Ejecución	marzo 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)



Director DSM o CESFAM
Municipalidad

JORGE VALENZUELA VASQUEZ
16 830 085-9
DIRECTOR
CESFAM AMANECEER