



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN CLAUDIO VICUÑA 870**  
**MES MAYO 2024**

I.- **Funcionario** : ALBERTO CHIFFELLE CID  
**Departamento** : SALUD MUNICIPAL  
**Decreto (contrato)** : 6874 19.04.2024  
**Centro de costo o ítem** : 329401  
**Nombre Programa** : *CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS*

II.- **Boleta Número** : 14  
**Fecha Boleta** : 31 DE MAYO 2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$1.330.745  
**Valor Cuota según Contrato** : \$1.330.745

III.- **Funciones Contratadas:**

- Acompañar a la persona, cuidador/a y a su grupo familiar en el proceso de transición a los Cuidados Paliativos.
- Acompañar a la persona y a su grupo familiar durante los Cuidados Paliativos.
- Identificar necesidades de apoyo en la persona y su grupo familiar.
- Participar en las estrategias de intervención con el equipo de Cuidados Paliativos.
- Educación en salud a la persona, cuidador/a y su grupo familiar.
- Acompañar a la persona en la etapa de fin de vida y apoyar el proceso de duelo en su grupo familiar.
- Registrar las actividades realizadas durante la visita y la jornada.
- Creación de actividades y espacios que apunten al autocuidado del equipo de trabajo.



IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Acompañar a la persona, cuidador/a y a su grupo familiar en el proceso de transición a los Cuidados Paliativos.
- Acompañar a la persona y a su grupo familiar durante los Cuidados Paliativos.
- Identificar necesidades de apoyo en la persona y su grupo familiar.
- Participar en las estrategias de intervención con el equipo de Cuidados Paliativos.
- Educación en salud a la persona, cuidador/a y su grupo familiar.
- Acompañar a la persona en la etapa de fin de vida y apoyar el proceso de duelo en su grupo familiar.
- Registrar las actividades realizadas durante la visita y la jornada.
- Creación de actividades y espacios que apunten al autocuidado del equipo de trabajo.
- 

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



**ALBERTO CHIFFELLE CID**  
Nombre y Firma Prestador Servicio



**Jefe de Gestión Técnica**

