



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS**

DIRECCIÓN DE SALUD

Mes de: Mayo de 2024

I.- **Funcionario** : Paula Muñoz Sandoval
Departamento : De Salud Municipal
Decreto (contrato) : 7311 - 06/05/2024
Centro de costo o ítem : 32.22.01
Nombre Programa : *Elige Vida Sana*

II.- **Boleta Número** : 34
Fecha Boleta : 31/05/2024
Valor Bruto Boleta : \$399.828
Valor Cuota según Contrato : 1. 908.270

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

Valor cuota n°2
Periodo: 01/05/2024 al 31/05/2024
Monto Total: 1.908.270

III.- Funciones Contratadas:

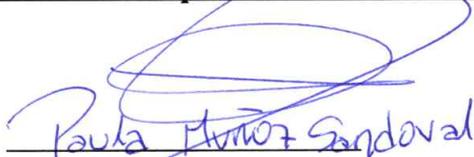
Desarrollar actividades del Programa Vida Sana, en el Cesfam Pedro de Valdivia de lunes a viernes.

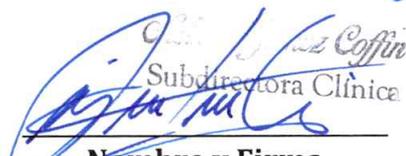
- Ejecutar el programa vida sana según orientaciones técnicas vigentes a la fecha y en modalidad presencial.
- Implementar estrategias locales para el cumplimiento de metas.
- Registrar en ficha clínica y planilla Excel del programa los datos de las intervenciones realizadas.
- Enviar a nutricionista local los respaldos de actividades en los plazos que Correspondan.
- Realizar 3 atenciones individuales por ciclo a cada usuario del programa, según lineamientos técnicos.
- Realización de control 6to mes de intervención a usuarios activos del programa, evaluar adherencia a modificación de hábitos alimentarios/Act. Física y asistencia a los círculos vida sana realizados.
- Realizar 5 círculos vida sana al grupo de usuarios ingresados, donde el contenido y número de sesiones será propio para cada grupo etario, según lineamientos técnicos.
- Citar a los beneficiarios a controles de seguimiento y mantención.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Realización de Stand de difusión del programa vida sana, para completar cupos, por tanto, se implementan estrategias para el cumplimiento de metas
- Contacto telefónico con usuarios para confirmación de ingresos a programa VS.
- Gestión agenda, registro ficha clínica y Excel.
- Evaluación de ingresos, primera atención psicológica a usuarios adultos, niños del jardín la gotita y adolescentes.
- Reunión de equipo vida sana.
- Se envía a nutricionista informes de acuerdo a fechas estipuladas

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


**Nombre y Firma
Prestador Servicio**


**Nombre y Firma
Director (a) de
Establecimiento de
Salud**



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



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