



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS
DIRECCIÓN DE : DSM TECO OFICINA DE PROMOCION
Mes de : SEPTIEMBRE de 2024

I.- **Funcionario** : Katherine Scheuermann Rifo
Departamento :
Decreto (contrato) : 6083/27-03-24
Centro de costo o ítem : 324801/325101
Nombre Programa : CONVENIO MAIS ECICEP

II.- **Boleta Número** : 140
Fecha Boleta : 30/09/2024
Valor Bruto Boleta : \$762.909
Valor Cuota según Contrato : \$762.909

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Apoyar al Equipo de Salud del Programa de Multimorbilidad, procurando dar cumplimiento a los objetivos de este.
Realizar un Diagnóstico de la implementación de la estrategia en los Centros de Salud de Temuco.
Dar a conocer al equipo de salud programa de Multimorbilidad y sus objetivos.
Apoyar a los equipos en la implementación de la estrategia en los siguientes ámbitos: promoción y prevención, responsabilidad y autonomía de las personas, continuidad de los cuidados.
Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades.
Contribuir a fortalecer el trabajo en Red, a través del manejo y monitoreo de referencia y contra referencia con respecto a los distintos niveles de atención.
Monitorear y supervisar registro estadístico del programa, con reporte a las jefaturas solicitantes.
Implementar estrategias de cuidado integral de las personas de 15 años y más con condiciones crónicas, según su estrato de riesgo, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud de Temuco, monitoreando el cumplimiento de dichas estrategias.
Mantener el registro actualizado de la población Estratificada según riesgo.
Procurar dar cumplimiento a través del programa al cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Apoyo e implementación ECICEP equipo piloto Cesfam P. de Valdivia, visitas semanales
Apoyo e implementación ECICEP equipo piloto Cesfam Pueblo Nuevo
Coordinación SSAS
Reunión Cesfam Amanecer y SSAS, proceso implementación ECICERP

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

Nombre y Firma Prestador Servicio

Encargado Centro de Costo

Nombre y Firma Director (a)

