

INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS

DIRECCIÓN DE SALUD
Mes de ____Agosto____ de 2025

I.- **Funcionario** : Lukas Marcelo Alarcon Otarola
Departamento : Salud
Decreto (contrato) : 5073 31/03/2025
Centro de costo o ítem : 32.22.01
Nombre Programa : *Elige Vida Sana*

II.- **Boleta Número** : 32
Fecha Boleta :29-08-2025
Valor Bruto Boleta :176.491.-
Valor Cuota según Contrato :2.006.424.

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

valor de la boleta corresponde de 01 a 31 de Agosto, la cuota según contrato es desde el 01-03-2025 a 30-08-2025

III.- Funciones Contratadas:

Labores Administrativas

- Ejecutar el Programa Vida Sana según sus 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.

Ejecución Técnica

- Realizar 3 Atenciones Individuales por ciclo a cada usuario del programa, según lineamientos técnicos. Su rendimiento es de 1.5 pacientes por hora.
- Realización de control de 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 propia para cada grupo etario, según lineamientos técnicos. El tiempo destinado por intervención es de 1 hora.
- Citar a los beneficiarios a controles de seguimiento y mantención.
- La cancelación de su servicio se realizará por hora.

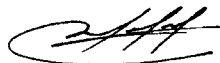
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Ejecutar el Programa Vida Sana según sus orientaciones técnicas vigentes a la fecha y en modalidad presencial.

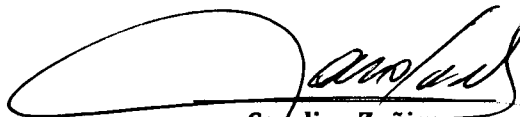
- Ejecución de controles a usuarios.
- Registro en plataformas

gestión administrativa

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



Nombre y Firma
Lukas Alarcón Otarola



Carolina Zuñiga
Encargada Programa de
promoción



Cristina Contreras C.
Directora
MAM Labranza

Nombre y Firma
Director
Cristina Contreras



Ma Paz González
Nutricionista
16.684.433-9

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