INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES HONORARIOS

DIRECCIÓN DE SALUD

Mes de ____Mayo ___ de 2025

I.-	**Funcionario**	: Lukas Marcelo Alarcon Otarola
	Departamento	: Salud
	Decreto (contrato)	: 5073 31.03.25
	Centro de costo o ítem	: 32.22.01
	Nombre Programa	: *Elige Vida Sana*
II.-	**Boleta Número**	: 25
	Fecha Boleta	:30-05-2025
	Valor Bruto Boleta	:362,271-
	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 30 de mayo, la cuota según contrato es desde el 01-03-2025 a 31-08-2025

III.- Funciones Contratadas:

Labores Administrativas ◦ Ejecutar el Programa Vida Sana según sus orientaciones técnicos 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 técnicos vigentes a la fecha y en modalidad presencial. ◦ Ejecución de controles a usuarios. ◦ registro en plataformas ◦ Gestiones administrativas. ° Taller de autocuidado educadoras de párvulo.

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

DIRECCIÓN CESFAM LABRANZA UNO ORIENTE 0411

Nombre y Firma
Director
Cristina Contreras

Ma Paz González
Nutricionista
16.684.433-9

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO OFICINA DE PROGRAMAS DEPARTAMENTO DE SALUD

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