



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS
DIRECCIÓN DE SALUD
Mes de Mayo de 2025

I.- **Funcionario** : Javier Olate Castro
Departamento : Salud Municipal
Decreto (contrato) : 5281 01-04-25
Centro de costo o ítem : 32.22.01
Nombre Programa : *Elige Vida Sana*

II.- **Boleta Número** : 15
Fecha Boleta : 30/05/2025
Valor Bruto Boleta : \$464.450
Valor Cuota según Contrato : \$2.786.700

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

Valor cuota N^o 3
Período del 1 al 31 de Mayo de 2025.

Monto total: \$2.786.700

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.
- Firma de carta de compromiso y de consentimiento informado de los usuarios. (1er control individual).
- Enviar mensualmente, a través de correo electrónico, los informes de actividades, registros estadísticos y boleta honorarios a: Dirección y secretaría de establecimiento, jefatura de Programa y Coordinación Comunal, en los plazos que correspondan.
- Asistir a reuniones citadas por coordinación comunal del Depto. De salud.
- Elaboración de planes de trabajo y/o informes según sea solicitado por el SSASUR y/o Coordinación comunal del depto. De salud.
- Realización de reuniones y coordinación que sean pertinentes con el equipo de sector e intersector.

Ejecución Técnica:

- Realizar 3 Atenciones Individuales a cada usuario del programa, según lineamientos técnicos. Su rendimiento es de 2 pacientes por hora.

- ☑ Realización de control de 6to mes de intervención a usuarios activos del programa, evaluar su condición nutricional, modificación de hábitos alimentarios 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 y 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:

- Coordinación con equipo para la realización de círculos y talleres
- Coordinación de espacios para realizar trabajo administrativo, para reuniones con equipo PEVS y controles de ingreso
- Reclutamiento de usuarios al programa, difusión y facilitación de canales para el ingreso
- Creación de agenda para evaluaciones de ingreso y actualización diaria
- Controles de ingreso
- Reunión local del PEVS mensual
- Traspaso de información a planilla oficial Excel
- Elaboración de informes mensuales, boleta y estadística nutricional.
- Recolección de firmas y consolidado de estadística mensual

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

[Handwritten signature]

Nombre y Firma
Prestador Servicio

[Handwritten signature]
Ma Paz González
Nutricionista
16.684.433-9

Jefe (a) Programa
Establecimiento de
Salud

[Handwritten signature]
Nombre y Firma
Director (a) de
Establecimiento de
Salud

[Circular stamp: CESFAM PEDRO DE VALDIVIA]

[Circular stamp: MUNICIPALIDAD DE TEMUCO OFICINA DE PROGRAMAS DEPARTAMENTO DE SALUD]

[Handwritten signature]
Ma Paz González
V°B° Nutricionista
16.684.433-9