



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS
DIRECCIÓN DE SALUD
Mes de ___Noviembre ___ de 2025

I.- **Funcionario** : Lukas Marcelo Alarcon Otarola
Departamento : Salud
Decreto (contrato) : 11509 22-09-25
Centro de costo o ítem : 32.22.01
Nombre Programa : *Elige Vida Sana*

II.- **Boleta Número** : 39
Fecha Boleta : 28-11-2025
Valor Bruto Boleta : 390.138.-
Valor Cuota según Contrato : 1.337.616.-

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

valor de la boleta corresponde de 01 a 28 de noviembre, la cuota según contrato es desde el 01-09-2025 a 31-12-2025

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.

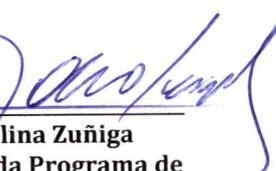
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- 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
- Reunión administrativa.
Realización de taller con adolescentes.

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


Nombre y Firma
Lukas Alarcón Otarola


Nombre y Firma
Director
Samira Guzman Herrera


Nombre y Firma
Encargada Programa de promoción
Carolina Zuñiga


Ma Paz González
Nutricionista
16.604.433-9

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