

**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**Mes de: OCTUBRE de 2025**

- I.- **Funcionario** : Héctor Martínez Leal  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 13165 30-10-25  
**Centro de costo o ítem** : 341001  
**Nombre Programa** : Estrategia MAS CESFAM Cesfam Labranza
- II.- **Boleta Número** : 32  
**Fecha Boleta** : 30-09-2025  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 567.360  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 567.360

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

III.- **Funciones Contratadas:**

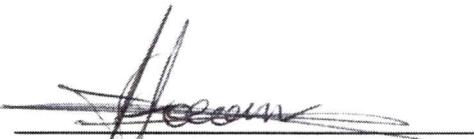
Realizar entrevistas y evaluaciones para identificar el estado nutricional de los pacientes.  
Medir indicadores antropométricos (peso, talla, IMC, etc.) y evaluar resultados de exámenes bioquímicos relacionados con la nutrición.  
Identificar deficiencias nutricionales o riesgos de malnutrición.  
Desarrollar y prescribir planes de alimentación individualizados para pacientes según sus condiciones de salud (diabetes, hipertensión, obesidad, etc.).  
Realizar derivaciones y controles de seguimiento, según evaluación clínica y bajo de enfoque de salud familiar.

Educar a pacientes y familiares sobre medidas preventivas, cambios en el estilo de vida y manejo de condiciones cardiovasculares crónicas.  
Completar íntegramente los registros de formularios cardiovascular, otros formularios, evaluación de pie en diabéticos, exámenes u otros que se solicite.  
Realizar examen médico preventivo  
Realizar exámenes preventivos del adulto y adulto mayor  
Mantener registros precisos y actualizados de la evaluación del paciente, los cuidados prestados, los medicamentos administrados y la respuesta del paciente al tratamiento  
Completar registros de ficha clínica Rayen; formularios, entre otros

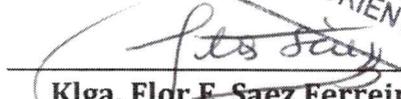
**IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:**

Funcionario cumple jornada semanal de lunes a viernes entre 17.00 a 22.00 hrs, cumpliendo un total de 22 días durante el mes de OCTUBRE de 2025.

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

  
**Nt/Héctor Martínez Leal**  
Nutricionista

  
  
**Klga. Flor E. Saez Ferreira**  
Subdirectora Clínica

  
  
**Klga. Flor E. Saez Ferreira**  
Directora(S)