

**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE : CESFAM VILLA ALEGRE**  
**Mes de : Febrero de 2026**

I.- **Funcionario** : Paola Rosales Mancilla  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 1382 03-02-26  
**Centro de costo o ítem** :21.03.001 31.01.01  
**Nombre Programa** :

II.- **Boleta Número** : 46  
**Fecha Boleta** : 27 de Febrero 2026  
**Valor Bruto Boleta** : 1.112.229  
**Valor Cuota según Contrato** : 1.112.229

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Controles a usuarios con dg de Hipertensión arterial-Diabetes mellitus-Demencia en domicilio o en box de atención

- Realizar pesquisa activa y derivación de nuevos casos al Programa
- Aplicación de EMP y EMPAM en terreno, en domicilio o box de atención
- Educación insulino terapia
- Participar en actividades comunitarias de prevención y promoción
- Rescate de usuarios inasistentes
- Visitas domiciliarias a usuarios con dg de ACV o con problemas de movilidad


IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

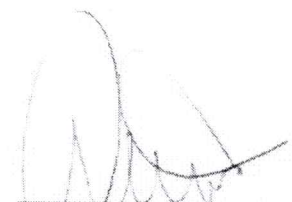
Controles a usuarios con dg de Hipertensión arterial-Diabetes mellitus-Demencia en domicilio o en box de atención

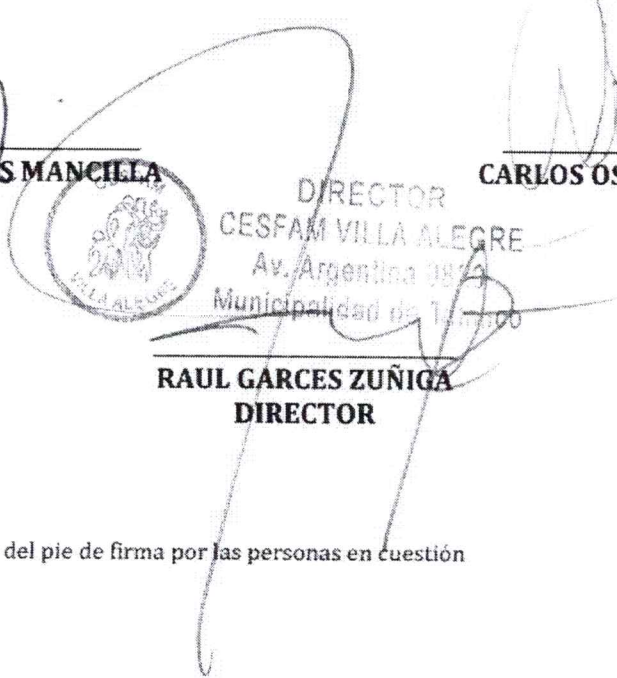
- Realizar pesquisa activa y derivación de nuevos casos al Programa
- Aplicación de EMP y EMPAM en terreno, en domicilio o box de atención

- Educación insulino terapia
- Participar en actividades comunitarias de prevención y promoción
- Rescate de usuarios inasistentes
- Visitas domiciliarias a usuarios con dg de ACV o con problemas de movilidad

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

  
PAOLA ROSALES MANCILLA

  
CARLOS OSSES ESCOBAR

  
RAUL GARCÉS ZUÑIGA  
DIRECTOR

DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 9873  
Municipalidad de Temuco

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