



**I. MUNICIPALIDAD DE DOÑIHUE  
DPTO. DE SALUD MUNICIPAL**

**OF. N°.: 42/2024**

**MAT.:** Remite certificado de pago Honorarios

**DOÑIHUE, 19 de marzo año 2024.**

**DE : NICOLAS HEWSTONE ACEVEDO  
DIRECTOR DESAM**

Por medio del presente, nos complace remitir certificado de cumplimiento de los servicios de **Encargada del Programa Red Local**, brindado por **Yasna Zuñiga Olea**, quien durante el periodo del mes de marzo 2024 realiza las siguientes actividades:

- Manejo de presupuesto, rendiciones de cuenta, actualización sistema Sigec, entrega de informes de gestión segundo trimestre, programación, coordinación de OF internos y exteriores, participación de reuniones intersectoriales, red básica, red ampliada y MSDF.
- Realización de proceso compras y jornadas de capacitación y autocuidado.
- Manejo de equipo, supervisiones, encuadres.
- Visitas domiciliarias, reintegros, íntegros, planes de cuidados, seguimientos a diadas, supervisión a equipo en domicilios, derivaciones a las ofertas locales, aplicación de instrumentos a las diadas de reevaluación 12 meses de intervención, nuevos ingresos, seguimientos de cumplimiento de equipos en domicilios, análisis de nuevas ofertas a planes de cuidados de usuarios activos, planificación de casos de alta complejidad.
- Gestión con red básica para evitar duplicidad de atenciones, manejo de ingresos y amplitud de prestaciones con previa indicación médica en atención primaria o secundaria.
- Manejo de presupuesto por componente, incorporación de modificación presupuestaria, presentación en concejo municipal.
- FUD, derivación de formularios de derivación a instituciones gubernamentales para potencializar la mejora de calidad de vida, encuadres y observaciones de vulneración de derecho.
- Acompañamiento de duelo, entre otras funciones propias del cargo.

Recepción conforme de Boleta de Honorarios electrónica N°199, con fecha de emisión 19 de marzo 2024.

Certificado de recepción conforme.

Decreto Alcaldicio contrato de prestación de servicios.

Se agradece imputar gasto a fondo cuenta administrada por **Programa Red Local de Apoyos y Cuidados Doñihue, convenio colaborativo entre Dpto. Salud Doñihue y Ministerio de Desarrollo Social y Familia.**

*Sin otro particular, agradeciendo su gestión*

*Se despide atentamente*