

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

**OF. N°.: 209 /2025.**

MAT.: Remite certificado de pago Honorarios  
**DONIHUE, 19 de diciembre 2025.**

**DE : JOSEFA MIRANDA ROJAS  
ENCARGADA RED LOCAL**  
**A : FERNANDO ZAMORANO  
DIRECTOR (S) DESAM**

Por medio del presente, nos complace remitir certificado de cumplimiento de los servicios de **Asistente del Cuidado del Programa Red Local**, brindado por **IVONNE QUIROZ SARMIENTO**, quien durante el periodo del mes de diciembre 2025 realiza las siguientes actividades:

- 120 horas de atenciones domiciliarias a 5 diadas del cuidado: Administración de medicamentos, aseo y confort, asistencia en alimentación oral y parenteral, contención emocional a la dida, estimulación cognitiva juegos didácticos, cambios posturales a PSDF severa, lubricación de piel para evitar UPP, acompañamiento a controles médicos, prevención de ulceras por presión, cambios de apóstitos de gastrostomía según necesidad.
- 120 horas de atenciones mensuales de; un mínimo de 120 y un máximo de 160 horas, cabe mencionar que asistente del cuidado realizó periodos de inducción por ingreso a programa PRLAC.
- V<sup>0</sup>B<sup>0</sup> entregado por Coordinadora de Servicios Domiciliario en certificado de recepción conforme, cohorte de cumplimiento desde 20 de noviembre 2025 al 19 de diciembre 2025.
- Reunión de equipo PRLAC.

Recepción conforme de Boleta de Honorarios electrónica N°6, con fecha de emisión 19 de diciembre 2025.

Certificado de recepción conforme.

Decreto Alcaldicio contrato de prestación de servicios.

Contrato.

Copia de Cedula de identidad por ambos lados.

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*

  
**JOSEFA MIRANDA ROJAS  
ENCARGADA (S) RED LOCAL**