



INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

| | |
|-------|------|
| JUNIO | 2024 |
| Mes | Año |

I.- Datos.

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| 1.- Nombre. | TAMARA CECILIA BARRIENTOS RIVEROS | | |
| 2.- Rut. | | | |
| 3.- N° Decreto. | Alcaldicio: 1664 | Imputación: 114.05.96.018.005 | Centro de Costos: |
| 4.- Dirección a la que pertenece. | DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO - <i>CHILE CRECE 2024</i> | | |

II.- Función según lo que indica el contrato de prestación de servicios.

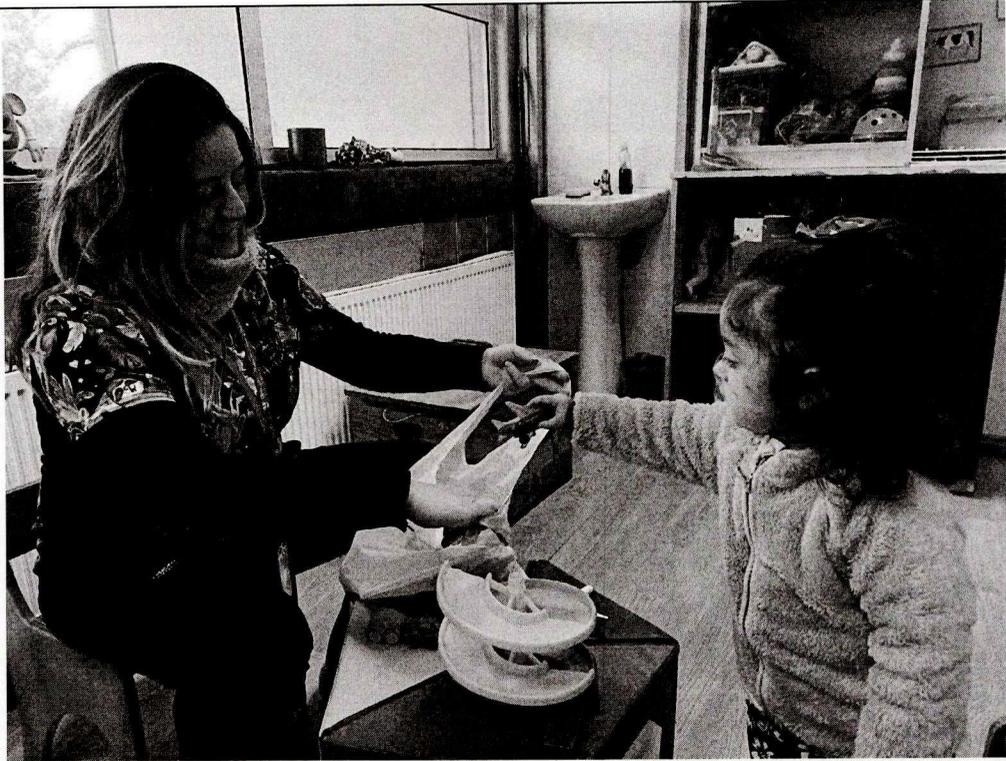
- **Contar con Fonoaudióloga, quien preste los servicios correspondientes al Programa Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil - FIADI. Profesional que trabajará en Modalidad de Servicio Itinerante dentro Centros de Salud Familiar de la comuna de Buin.**
 - Dar cumplimiento efectivo, al ingreso de niños y niñas, para la Modalidad de Servicio Itinerante, convocatoria 2024. - Dar cumplimiento a la cobertura solicitada de 278 usuarios.
 - Cumplir con las horas semanales de intervenciones en los centros de salud Familiar de la comuna de Buin. - Aplicar las pautas que permitan el diagnóstico, para lograr una efectiva intervención. - Realizar intervenciones de manera individual, y con la familia, de acuerdo a evaluación y el propio diagnóstico que se realice a cada niño o niña. Guiándose por las Orientaciones Técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil. - Registrar en la plataforma de Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo, todas intervenciones y/o acciones que se realicen. - Participar activamente en las actividades de Chile Crece Contigo, dentro de la comuna de Buin. - Asistir a las reuniones de la Red Comunal Chile Crece Contigo, comuna de Buin.

III.- Descripción de las funciones realizadas.

- Actividades diarias Fonoaudióloga FIADI
Reunión de equipo FIADI
Prestación de servicio en cefam Dr Héctor García
- Atenciones Agendadas: 11
 - Atenciones Efectivas: 8
 - Ingreso de intervención en SRMD.
 - Ingreso de intervención sistema Rayen.
 - Desinfección y preparación de sala de atención.
- Actividades diarias Fonoaudióloga FIADI
Prestación de servicio en cefam Dr Héctor García
- Atenciones Agendadas: 11
 - Atenciones Efectivas: 3
 - Ingreso de intervención en SRMD.
 - Ingreso de intervención sistema Rayen.
 - Desinfección y preparación de sala de atención.

IV.- Cobertura: (mencionar y adjuntar documentos de respaldo).

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Fecha Cobertura: 2024-06-07 | Descripción Cobertura: Reunión con equipo FIADI | Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA |
|  | | |
| Fecha Cobertura: 2024-06-07 | Descripción Cobertura: Atención de usuarios FIADI del mes de juni | Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA |
|  | | |
| Fecha Cobertura: 2024-06-14 | Descripción Cobertura: Atención de usuarios FIADI del mes de juni | Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA |



Fecha Cobertura:
2024-06-17

Descripción Cobertura:
Listado de usuarios junio

Tipo Cobertura:
NOMINA DE
BENEFICIARIOS

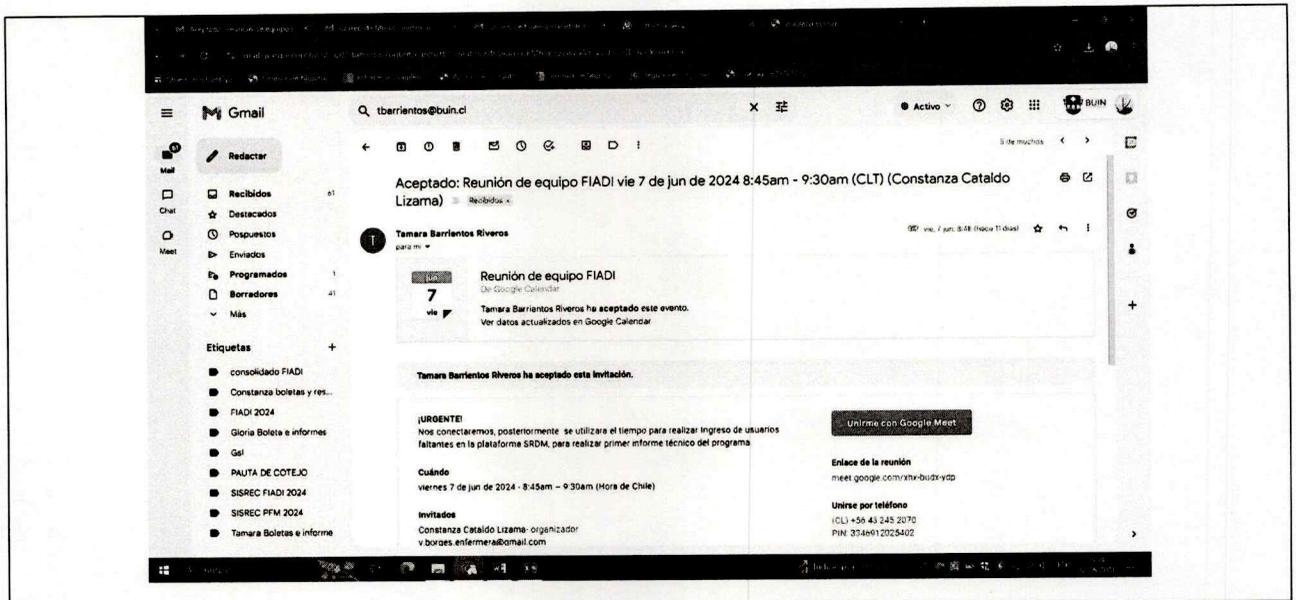
Registro de usuarios mensuales (3) (1) (1) - Excel (Error de activación de productos)

| LISTADO DE ATENCIONES CONVOCATORIA 2024 | | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------|---------------|
| NOMBRE DE LA PROFESIONAL: | | Tamara Barrientos | | | | |
| ESPECIALIDAD: | | Fonoaudióloga | | | | |
| MES: | | Junio | | | | |
| Net (sin pensión con gestión) | Nombre beneficiario (Solo lacta) | Apellido paterno (Solo lacta) | Apellido materno (Solo lacta) | Maneja el niño (SI/NO) | Rescate | Edad |
| | S | C | A | no | | Héctor García |
| | REUNION | | | | | Héctor García |
| | J | N | O | si | | Héctor García |
| | A | V | C | si | | Héctor García |
| | G | S | P | si | | Héctor García |
| | S | H | M | si | | Héctor García |
| | J | R | M | si | | Héctor García |
| | J | A | L | no | | Héctor García |
| | M | F | R | si | | Héctor García |
| | G | R | R | si | | Héctor García |
| | M | G | Y | si | | Héctor García |
| | T | L | M | no | | Héctor García |
| | C | M | M | no | | Héctor García |
| | J | R | C | no | | Héctor García |
| | M | D | B | no | | Héctor García |
| | J | G | H | si | | Héctor García |
| | S | C | A | no | | Héctor García |
| | A | I | G | no | | Héctor García |
| | M | B | R | si | | Héctor García |

Fecha Cobertura:
2024-06-17

Descripción Cobertura:
Correos gestionados en junio

Tipo Cobertura:
CORREO
ELECTRÓNICO



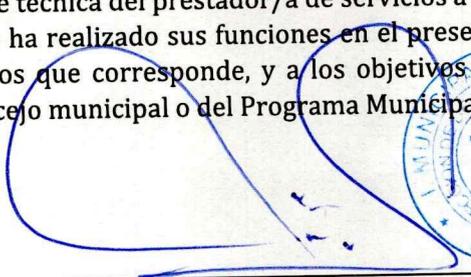
V.- Observaciones.

Sin Observaciones

TAMARA CECILIA BARRIENTOS RIVEROS
PRESTADOR

CERTIFICADO CONTRAPARTE TÉCNICA

Yo, **JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA, DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO**, en mi calidad de contraparte técnica del prestador/a de servicios a honorarios que emite el presente informe, certifico que ha realizado sus funciones en el presente mes, en virtud al contrato de prestación de servicios que corresponde, y a los objetivos y requerimientos de las labores aprobadas por el concejo municipal o del Programa Municipal en que se desempeña.



JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

**I. MUNICIPALIDAD DE BUN
CHILE CRECE
CONTIGO**



CONSTANZA VERONICA CATALDO
LIZAMA
COORDINADOR (A) PROGRAMA

