

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

Guatemala, 30 de septiembre de 2024

Licda. Maria Alejandra Gándara Espino
Administradora General
Ministerio de Cultura y Deportes
Su despacho.

Estimada señora Administradora General

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para presentarle mi informe MENSUAL de actividades siendo el siguiente:

Nombre completo del Contratista:	<u>Sara Emily Fuentes Chambers</u>	CUI:	<u>2312397690101</u>
Número de contrato:	<u>029-61-2024</u>	Acuerdo Ministerial:	<u>6-2024</u>
Servicios (Técnicos o Profesionales):	<u>Profesionales</u>	Nit del Contratista:	<u>9364662-3</u>
Número de Factura:	<u>2074232546</u>	Serie:	<u>DC8E6B46</u>
Honorarios Mensuales:	<u>Q.11,000.00</u>	Período del Informe:	<u>Septiembre 2024</u>
Monto Total del Contrato	<u>Q. 131,290.32</u>	Plazo del Contrato:	<u>03 de enero al 31 de diciembre 2024</u>
Unidad Administrativa donde presta los servicios:	<u>Departamento de Desarrollo de Personal</u>		

Objetivos del Contrato: "La Profesional" se compromete a prestar sus servicios para la Dirección de Recursos Humanos de la Dirección Superior del Ministerio de Cultura y Deportes, con dedicación y diligencia y con arreglo a las prescripciones de la ciencia de la cual es profesional, en la prestación de los servicios que se describen a continuación, sin ser estas limitativas, sino únicamente enunciativas (según Clausula de contrato: Tercera).

Desarrollo Ordenado de Actividades:

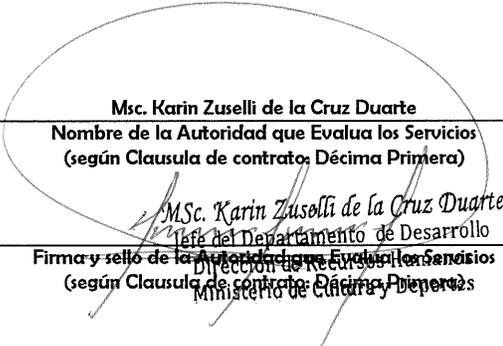
- a) Asesoré y orienté en aspectos de salud a los colaboradores.
- b) Asesoré en el diseño, elaboración del plan de trabajo y desarrollo de lineamientos para la adecuada atención en la Clínica de Atención al trabajador.
- c) Asesoré y asistí medicamente al personal de todas las Unidades Ejecutoras del Ministerio.
- d) Asesoré los planes o programas de prevención que se desarrollaron dentro del Ministerio.
- e) Brindé asesoría y proporcioné la atención médica necesaria ante emergencias.
- f) Asesoré en la promoción de jornadas médicas mensualmente con organismos e instituciones afines para el mejoramiento de la salud de los colaboradores.

Dra. Sara Emily Fuentes Chambers
Nombre Completo del Contratista



Firma de Contratista

Msc. Karin Zuselli de la Cruz Duarte
Nombre de la Autoridad que Evalua los Servicios
(según Clausula de contrato: Décima Primera)



Msc. Karin Zuselli de la Cruz Duarte
Jefe del Departamento de Desarrollo
Firma y sello de la Autoridad que Evalua los Servicios
(según Clausula de contrato: Décima Primera)
Dirección de Recursos Humanos
Ministerio de Cultura y Deportes