

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE FUNCION AÑO 2025.**

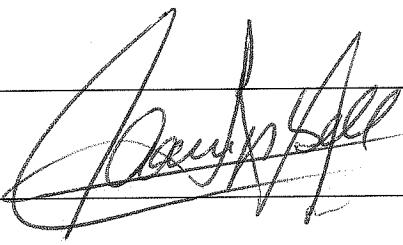
Mes	ABRIL
-----	-------

Nombre	Campbell Araya Paola Andrea
RUT	[REDACTED]
Profesión	Fonoaudióloga
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Programa apoyo a personas con discapacidad 2025
Período del Contrato	01/01- 31/12
Función Genérico	Gestor técnico comunitario
Función Específico	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

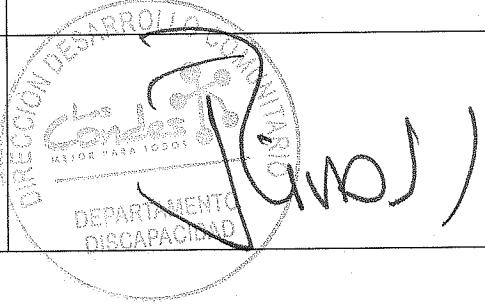
Coordinación telefónica y vía mail, para agendar las horas de evaluación y tratamientos a los usuarios pertenecientes al departamento que postulan al servicio terapéutico de fonoaudiología.
Evaluación y tratamiento fonoaudiológico del departamento, en Casa Encuentro.
Evaluación y tratamiento fonoaudiológico a domicilio para usuarios pertenecientes al departamento, con dependencia severa.
Atención espontánea de usuarios por vía telefónica o presencial en Casa Encuentro.
Organización de los espacios y materiales necesarios para las sesiones.
Participación en reuniones de departamento para la organización o lineamientos de trabajo, en las actividades correspondientes al mes y al presente año.
Participación en reuniones de equipo terapéutico para la organización o lineamientos de Casa Encuentro.
Elaboración de materiales necesarios para las sesiones fonoaudiológicas.
Elaboración y planificación de sesiones de fonoaudiología a los usuarios que soliciten, el servicio terapéutico.
Trabajo administrativo para realizar el registro de asistencia de los usuarios y registro de atenciones en el sistema social.
Participación en reuniones de departamento para la organización o lineamientos de trabajo, en las actividades correspondientes al mes y al presente año.
Participación en la capacitación ACHS.

Firma prestador de los servicios



**El Jefe del Departamento de Discapacidad**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Paola Andrea Campbell Araya**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Abril de 2025**, de la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Abril** de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **Paola Andrea Campbell Araya**

Nombre Jefe Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe Departamento	

Las Condes, Abril de 2025  
mes año