

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

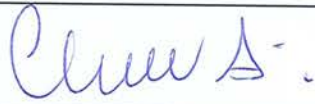
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	Catalina Andrea Apablaza Inostroza
RUT	
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD.

Actividad es efectuadas en el mes:

Planificar y ejecutar talleres grupales orientados a estimular habilidades cognitivas, participación social, ocio y tiempo libre CDD Reina Astrid, CDD Isabel La católica y CDD Rotonda Atenas.
Participar en reuniones técnicas y de salud; con el objetivo de coordinar con el equipo de trabajo las acciones que requieran un trabajo en conjunto.
Evaluación de postulantes y reevaluación de usuarios CCD Reina Astrid, Isabel La Católica y CDD Rotonda Atenas.
Participar en la administración de CDD Isabel La católica (crear fichas, llamar a usuarios, enviar correos, estadísticas, solicitud de materiales, etc.).
Realizar ingreso de los usuarios nuevos en CDD Reina Astrid y CDD Isabel la Católica.
Realizar llamadas y/o envió de correos a usuarios para informar fecha de ingreso, lista de espera CDD Isabel la católica.
Intervención con familiares de los usuarios CDD Reina Astrid.
Creación y envío de informe de Plan de Atención Individual CDD Reina Astrid
Envío de información relevante sobre centro de día Isabel la Católica (fechas, actividades, etc.).
Seguimiento de usuarios vía telefónica o correo electrónico, para conocer sobre estado de salud y continuidad en el CDD.
Jornada del Arte del Buen Envejecer.
Apoyar actividades realizadas por el Departamento de Adulto Mayor (DAM).

Firma prestador de los servicios



El Jefe del Departamento de Personas Mayores, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Catalina Andrea Apablaza Inostroza**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Atención integral y cuidado **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 suscrito, 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 **Agosto 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. Catalina Andrea Apablaza Inostroza.

Nombre Jefe de Departamento (S)	Sra. Carmen Arias Castro
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año