

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

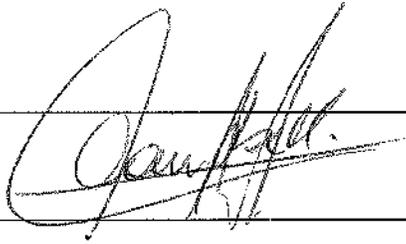
Mes	AGOSTO
------------	---------------

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 Genérica	Gestor técnico comunitario
Función Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficiarios del programa.

Actividad es efectuadas en el mes:

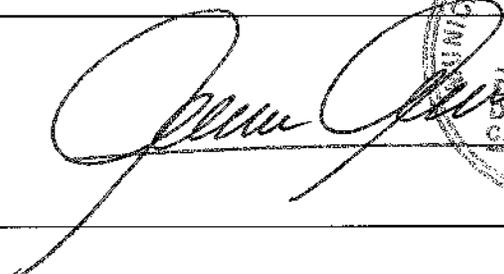
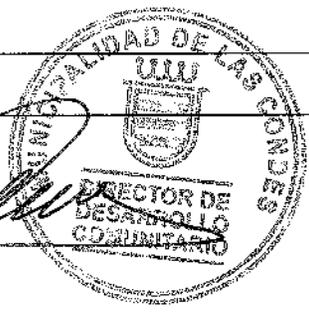
Evaluación y tratamiento fonoaudiológico a domicilio para usuarios pertenecientes al departamento, con dependencia severa.
Evaluación de fonoaudiológica para personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.
Tratamiento de fonoaudiológico para personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.
Atención espontánea de usuarios por vía telefónica o presencial en Casa Encuentro.
Coordinación telefónica o vía mail, para agendar las horas de evaluación y tratamientos a los usuarios pertenecientes al departamento que postulan al servicio terapéutico de fonoaudiología.
Participación en reuniones de departamento para la organización o lineamientos de trabajo, en las actividades correspondientes al mes y al presente año.
Organización de los espacios necesarios para las sesiones para las sesiones de fonoaudiología.
Elaboración de materiales según los requerimientos para las atenciones de fonoaudiología y del departamento.
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 equipo terapéutico para la organización o lineamientos de Casa Encuentro.
Realización de Realización de documentos solicitados por la coordinadora.

Firma prestador de los servicios



DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO, 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**, [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 **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 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. **Paola Andrea Campbell Araya**.

Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora	 

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año

