

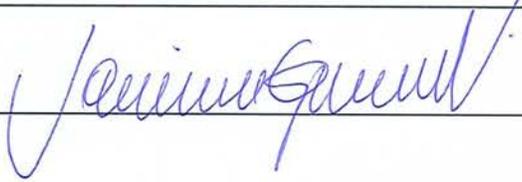
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	JAVIERA FERNANDA GALLARDO VIVANCO
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:

- Elaboración de planes de atención individuales, a través de objetivos y estrategias de intervención integral para cada usuario.
- Planificar y desarrollar talleres grupales orientados a estimular las habilidades de comunicación e interacción y habilidades cognitivas globales.
- Orientar a usuarios y familiares, y vecinos respecto a beneficios y servicios ofrecidos por Centro de Día (vía telefónica, online o presencial).
- Participación en reuniones técnicas, destinadas a comunicar y coordinar con el equipo de trabajo las acciones y casos que requieren de un manejo en conjunto.
- Evaluación desde el área cognitiva a usuarios beneficiarios.
- Reevaluación desde el área cognitiva a usuarios beneficiarios.
- Evaluación desde el área cognitiva a vecinos derivados por otros programas.
- Orientación a cuidadores informales y/o formales de usuarios beneficiarios.
- Orientación a familiares de usuarios beneficiarios.
- Revisión de la constitución de grupos según perfil de funcionalidad.
- Participación en jornada "El arte del buen envejecer"

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. **Javiera Fernanda Gallardo Vivanco**, 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. **Javiera Fernanda Gallardo Vivanco**.

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


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año