

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

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

Nombre	MUÑOZ LEIVA PAULA ANDREA
RUT	██████████
Profesión	KINESIOLOGA
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

Actividades efectuadas en el mes:

EVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA
REEVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA
EVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A POSTULANTES AL PROGRAMAS DE CENTRO DE DIA
LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA
EJECUCION DE LABORES ADMINISTRATIVAS
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS
ELABORACIÓN Y ENVÍO DE PAI (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL) A LOS USUARIOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.
REUNION Y/O INTERVENCION CON FAMILIARES DE USUARIOS CON DEPEDENCIA.
EJECUCION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA GRUPALES PARA USUARIOS ASISTENTES A CENTRO DE DIA.
PARTICIPACIÓN DE LA 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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**, 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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**.

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