

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

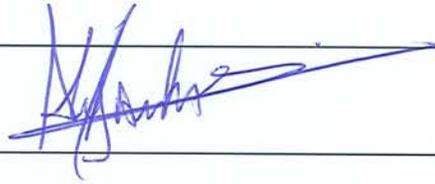
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	Alejandra Damary Saavedra Espinoza
RUT	██████████
Profesión	Auxiliar de Enfermería
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Atención Integral y cuidados
Período del Contrato	01/01/2025-31/12/2025
Función Genérica	Auxiliar de Enfermería
Función Específica	Participar desde su especialidad en la atención integral a personas mayores que asisten a centros de día.

Actividades efectuadas en el mes: Agosto

Atención de público de manera presencia y telefónica por demanda espontánea.
Registro ATS. (Ingreso, egreso, fallecimiento y seguimiento psicosocial usuarios subsidio cuidadoras.)
Derivación interna a programas sociales.
Registro planilla seguimiento psicosocial TENS.
Recolección de asistencia mensual a través de mail y WhatsApp.
Recepción y respuesta vía mail según demanda
Apoyo en actividades según necesidad del departamento de Personas Mayores.

Firma prestador de los servicios



El jefe del Departamento de Personas Mayores, (S) Carmen Arias Castro de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Alejandra Damaray Saavedra Espinoza**, 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 Cuidados 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. **Alejandra Damaray Saavedra Espinoza**.

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



V^oB^o DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año