

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

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

Nombre	MARÍA ESPERANZA SALDAÑA MOYA
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

Actividades efectuadas en el mes:

Planificar y ejecutar talleres grupales orientados a estimular habilidades cognitivas, participación social, ocio y tiempo libre en Centros de Día.
Evaluar de manera integral a cada usuario que ingresa al centro de día, con el fin de conocer su nivel de funcionalidad.
Aplicar pauta de evaluación cognitiva estandarizada.
Elaborar cuadernillos cognitivos, para distintos niveles de desempeño cognitivo.
Confección plan de atención integral.
Participación en reuniones técnicas, destinadas a comunicar y coordinar con el equipo de trabajo las acciones que requieren de un manejo en conjunto.
Realizar reevaluaciones anuales.
Gestión de casos e intervención familiar
Participación en charla "EL 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. **María Esperanza Saldaña Moya**, 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. **María Esperanza Saldaña Moya**

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS