

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	BELEN PAMELA ESCOBAR ESCOBAR
RUT	
Profesión	TÉCNICO EN ENFERMERÍA NIVEL SUPEROR
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Actividad Especifica	PARTICIPAR DESDE SU ESPECIALIDAD, EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTO MAYORES QUE ASISTEN A CENTRO DE DIA.

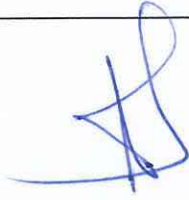
Actividades efectuadas en el mes:

Apoyo en las actividades diarias del equipo de intervención.
Cumplimiento de tareas de enfermería.
Recepción y traslado seguro de los usuarios al interior del recinto.
Asistencia en urgencias médicas (situaciones de emergencia, colaboración activa y manejo de usuarios afectados siguiendo protocolos establecidos para la atención inmediata).
Orientación y apoyo a usuarios dependientes guiándolos en las actividades diarias.
Atención a usuarios con déficit auditivo y/o visual, con el propósito de que lleven a cabo actividades de manera independiente y segura.
Registro de condiciones de salud de los usuarios.
Archivo y organización de documentos de usuarios.
Control de signos vitales.
Monitoreo semanal de beneficiarios ausentes.
Confección de credenciales para próximos ingresos al centro de día.
Apoyo de enfermería a Centro de día Isabel la Católica.
Apoyo a las actividades extra centro de día que se realizan en las instalaciones.
Apoyo a usuarios en solicitud de Traslado (Uber, taxi, etc), llamados a familiares.
Apoyo Fiesta fin de año.

Firma prestador de los servicios	Belen Escobar.
----------------------------------	----------------

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 .Belen Pamela Escobar Escobar, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Diciembre 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. **Belen Pamela Escobar Escobar**.

Nombre Jefe de Departamento	Sra. Angelina Alba P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS