

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

|            |              |
|------------|--------------|
| <b>Mes</b> | <b>Julio</b> |
|------------|--------------|

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nombre               | MARCELA ALEJANDRA YANTÉN MORALES  |
| RUT                  | ██████████  |
| Profesión            | TÉCNICO EN ENFERMERÍA   |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES  |
| Programa Social      | ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025  |
| Período del Contrato | 01/01/2025 - 31/12/2025   |
| Función Genérica     | AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO  |
| Función Especifica   | PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE DÍA |

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.                                      |
| Gestión de inventarios e informes periódicos de insumos médicos y materiales necesarios para la atención de los usuarios.   |
| Mantenimiento de la sala de primeros auxilios en condiciones óptimas.   |
| Registro de condiciones de salud de los usuarios.   |
| Archivo y organización de documentos de usuarios.   |
| Control de signos vitales.  |
| Monitoreo semanal de beneficiarios ausentes.  |
| Elaboración de boletines de salud   |
| Apoyo en revisión, conteo y orden de donaciones para fundación CONAPRAN   |
| Confección de credenciales para próximos ingresos al centro de día.   |
| 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.   |
| Participación en capacitación "comunicación efectiva y autocuidado".  |

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Firma prestador de los servicios | <i>M. Yantén</i> |
|----------------------------------|------------------|

**La Directora de Desarrollo Comunitario**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. Marcela Alejandra Yantén Morales, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Julio 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 Julio 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. **Marcela Alejandra Yantén Morales**.

|  |  |
|--|--|
| Nombre Directora de Desarrollo Comunitario         | Sra. Carolina Contreras Berrios  |
| Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario |   |

Las Condes, Julio mes de 2025 año