

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE  
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	Campbell Araya Paola Andrea
RUT	
Profesión	Fonoaudióloga
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

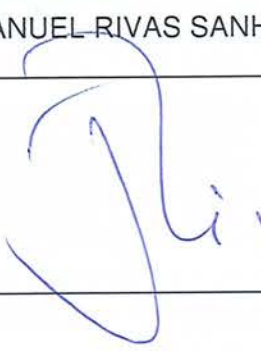

Evaluación y tratamiento fonoaudiológico a domicilio para usuarios pertenecientes al departamento, con dependencia severa.
Evaluación fonoaudiológica para personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.
Tratamiento fonoaudiológico para personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.
Atención espontánea de usuarios por vía telefónica o presencial en Casa Encuentro.
coordinación telefónica o vía mail, para agendar las horas de evaluación y tratamientos a los usuarios pertenecientes al departamento que postulan al servicio terapéutico de fonoaudiología.
Participación en reuniones de departamento para la organización o lineamientos del trabajo, en las actividades correspondiente al mes y al año presente.
Organización de los espacios necesarios para las sesiones de fonoaudiología.
Elaboración de materiales o planificación de las sesiones fonoaudiológicas.
Trabajo administrativo para realizar el registro de asistencia de los usuarios y el registro de las atenciones en el sistema social.
Participación en reuniones de equipo terapéutico para la organización o lineamientos de Casa Encuentro.

Firma prestador de los servicios



El jefe (s) del Departamento de Discapacidad, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Paola Andrea Campbell Araya**, RUT [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 **Apoyo a Personas con Discapacidad 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 **Octubre 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. **Paola Andrea Campbell Araya**

Nombre Jefe (s) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe (s) de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025  
mes año