

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

Mes	SEPTIEMBRE

Nombre	Campbell Araya Paola
RUT	
Profesión	Fonoaudióloga
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Programa apoyo a personas con discapacidad 2025
Período del Contrato	01/01- 31/12
Función Genérica	Gestor técnico comunitario
Función Especifica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficiarios del programa.

## Actividad es efectuadas en el mes:

Participación en reuniones de equipo terapéuticos para la organización o lineamientos de Casa Encuentro.

Evaluación fonoaudiológica para las personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.

Tratamiento fonoaudiológico para las personas en situación de discapacidad, en Casa Encuentro.

Atención espontánea de usuarios por vía telefónica o presencial.

Coordinación telefónica o vía mail, para agendar a las horas de evaluación o tratamiento a los usuarios pertenecientes al departamento que postulan al servicio terapéutico de fonoaudiología.

Evaluación y tratamiento fonoaudiológico a domicilio para usuarios pertenecientes al departamento, con dependencia severa. Visitas domiciliarias

Participación en reuniones de equipo del departamento para la organización o lineamientos de trabajo, en las actividades correspondientes al mes y al presente año.

Organización de los espacios necesarios para las sesiones de fonoaudiología.

Elaboración de materiales según los requerimientos para las atenciones de fonoaudiología y del departamento.

Trabajo administrativo para realizar el registro de asistencia de los usuarios, en la planilla de asistencia, registro en el sistema ATS y registro en el calendario.

Participación de la actividad del mes Septiembre, "Fiestas patrias en familia".

Realización de documentos solicitados por la coordinadora.



Firma prestador de los serviciós

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: dio cabal cumplimiento durante el mes septiembre de 2025, a la función 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 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 **septiembre** 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 Manueł Rivas Sanhueza
Firma y timbre jefe (S) de Departamento	LOAD DE 19 SON STANDANTO DO SISCAPAMENTO SI
	The state of the s

DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Septiembre 2025

mes de año

RROL