

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

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	ROCIO BELEN HERNANDEZ HERNANDEZ
RUT	
Profesión	SERVICIO SOCIAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	PARTICIPAR EN LA ATENCION INTEGRAL A ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE DIA

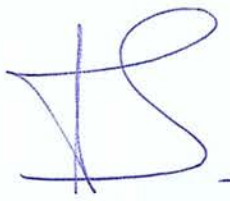
Actividades efectuadas en el mes:

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.
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.
Participar en la atención integral a adultos mayores que participan a Centros de Días
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.

Firma prestador de los servicios	R Hernandez
----------------------------------	-------------

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. Rocío Belén Hernández Hernández, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes de **SEPTIEMBRE 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 **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. Rocío Belén Hernández Hernández.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS