

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

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	TAMARA PAZ MIRANDA MORENO
RUT	
Profesión	FONOAUDIÓLOGA
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

PLANIFICAR Y EJECUTAR TALLERES GRUPALES ORIENTADOS A ESTIMULAR HABILIDADES COGNITIVAS, PARTICIPACIÓN SOCIAL, OCIO Y TIEMPO LIBRE.
PLANIFICAR Y EJECUTAR TALLERES GRUPALES ORIENTADOS A ESTIMULAR HABILIDADES COMUNICATIVAS ENMARCADAS EN EL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA.
PLANIFICAR Y EJECUTAR TALLERES GRUPALES ORIENTADOS A ESTIMULAR HABILIDADES COGNITIVO-LINGÜÍSTICA.
PLANIFICAR Y EJECUTAR TALLERES GRUPALES ORIENTADOS A ESTIMULAR HABILIDADES DE COMPRENSIÓN Y EXPRESIÓN DEL LENGUAJE.
PLANIFICAR Y EJECUTAR TALLERES GRUPALES ORIENTADOS A ESTIMULAR LA EXPRESIÓN DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO.
REALIZAR EVALUACIÓN COGNITIVA A NUEVOS POSTULANTES AL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA.
REALIZAR REEVALUACIÓN COGNITIVA A USUARIOS QUE PARTICIPAN ACTUALMENTE DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA.
REALIZAR LABORES ADMINISTRATIVAS RELATIVAS AL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA.
PARTICIPAR EN REUNIONES TÉCNICAS Y DE SALUD CON EL OBJETIVO DE COORDINAR CON EL EQUIPO DE TRABAJO, LAS ACCIONES QUE REQUIERAN UN TRABAJO EN CONJUNTO.
ELABORACIÓN Y ENVÍO DE PAI (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL) A LOS USUARIOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.
REUNION Y/O INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE USUARIOS CON DEPEDENCIA.
PARTICIPACIÓN Y APOYO EN EVENTOS: PASAMOS AGOSTO Y PIE DE CUECA.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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. **TAMARA PAZ MIRANDA MORENO**, RUT: XXXXXXXXXX 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. **TAMARA PAZ MIRANDA MORENO**.

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

[Handwritten signature] 
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año