


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	Abril
------------	--------------

Nombre	Campbell Araya Paola Andrea
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Especifica	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 de Discapacidad con dependencia severa.
Evaluación fonoaudiológica para personas pertenecientes al departamento de Discapacidad, en Casa Encuentro.
Tratamiento fonoaudiológico para personas pertenecientes al departamento de Discapacidad, en Casa Encuentro.
Atención espontánea de usuarios que asisten a Casa Encuentro, por vía telefónica o presencial.
Contacto telefónico o vía mail, para agendar las horas de evaluación y tratamientos pertenecientes al departamento de Discapacidad que postulan al servicio terapéutico de fonoaudiología.
Participación en reuniones de departamento para la organización o lineamientos de trabajo o actividades correspondientes al mes y al año presente.
Adecuación 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 atenciones en el sistema social.
Participación en reuniones de equipo terapéutico para la organización o lineamientos de Casa Encuentro.
Realización de firma para autorización del reglamento para cada usuario de atención fonoaudiológica.
Realizar planes consensuados de tratamiento para cada atención particular.
Realizar evaluaciones IVADEC.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe (s) de 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 **Abril de 2026**, 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 2026-2027**.

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 **Abril de 2026**; 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**

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




V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ Abril _____ 2026
mes de año