

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

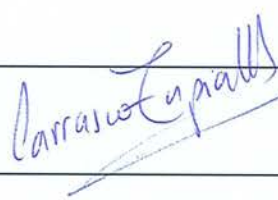
DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	CARRASCO TAPIA MACARENA
RUT	
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 -31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	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: **AGOSTO**

Atención de público demanda espontánea.
Atención de consultas y orientaciones mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas.
Reunión de casos en equipo.
Certificación mensual y apoyo administrativo.
Registro en ATS de personas mayores en prestaciones de orientación, evaluación e informes.
Entrevista a cuidadoras postulantes para subsidio de cuidadora.
Encargada de tramitación de subsidio de cuidadoras en proceso de informe de imputación, decreto y certificación.
Evaluación de casos que postulan a subsidio de cuidadoras y Eleam.
Evaluación de Terapia Ocupacional.
Realización de informes de Terapia Ocupacional.

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores (S), **CARMEN ARIAS CASTRO**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Macarena Andrea Carrasco Tapia**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto 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 **Agosto 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. **Macarena Andrea Carrasco Tapia**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	Carmen Arias Castro
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

