

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE
CUMPLIMIENTO DE COMETIDO AÑO 2025.**

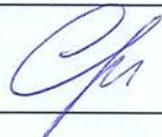
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	PATRICIA CRUZ CÁCERES
RUT	██████████
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Cometido Genérico	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Cometido Especifico	EJECUTAR LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ÍNDOLE RECREATIVA, TURÍSTICA Y CULTURAL

Actividades efectuadas en el mes:

ENCARGADA DE BRIGADAS VECINOS EN ACCIÓN.
SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN DEL EQUIPO DE BRIGADAS
SUPERVISAR CANTIDAD Y CALIDAD DE LLAMADAS REALIZADAS A VECINOS ADULTOS MAYORES
ENVIO DE CUADERNILLOS APOYO COGNITIVO
INCORPORAR A LAS LLAMADAS TEMAS ACTUALIZADOS
COORDINAR Y GESTINAR CON OTRAS UNIDADES MUNICIPALES Y EXTERNAS
APOYO EN LA DERIVACIÓN A OTROS PROGRAMAS CUANDO SEA PERTINENTE
LLAMADOS TELÉFONICOS CUANDO CORRESPONDA (CON MAYOR VULNERABILIDAD)
PROGRAMAR ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS PARA ADULTOS MAYORES CON BUENA MOVILIDAD
TRABAJO ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BASE DE DATOS, ORGANIZAR CANTIDAD DE LLAMADAS A REALIZAR, REVISIÓN EN SISTEMA SOCIAL
ESTADÍSTICA MENSUAL
REUNIONES DE COORDINACIÓN
INFORMACIÓN DESDE REGISTRO CIVIL
ORGANIZAR NÓMINA PARA INVITACIÓN A BRIGADAS
INGRESOS Y EGRESOS ATS
ENTREVISTAS A FAMILIARES DE BENEFICIARIOS CUANDO CORRESPONDA
APOYO AL DEPARTAMENTO DEL ADULTO MAYOR EN LO REQUERIDO POR LA JEFATURA
APOYO A CDD POR CASOS SOCIALES

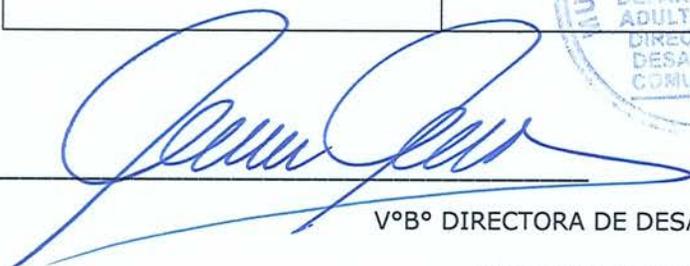
LLAMADAS ASIGNADAS POR LA JEFATURA PARA APOYO AL PROGRAMA TELEASISTENCIA
ENTREVISTAS POR ORIENTACIÓN BENEFICIOS MUNICIPALES A FAMILIARES DE USUARIOS CDD
APOYO EN ACTIVIDADES A CDD
VISITAS DOMICILIARIAS
COORDINACIÓN INTERNA POR APOYO DE SUBSIDIO LABORES DE SERVICIO
REFUERZO - CAPACITACIÓN (PC Y OBJETIVO DEL PROGRAMA) POR CONTRAPRESTACIÓN A LABORES DE SERVICIO

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

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. Patricia Cruz Cáceres, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes de **AGOSTO de 2025**, al cometido 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 del cometido 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 del cometido 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. Patricia Alexandra Cruz Cáceres.

Nombre Jefe Departamento (S)	SRA. CARMEN ARIAS CASTRO
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año