

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

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

Nombre	PAOLA ANDREA LARA MATURANA
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADOS 2025
Período del Contrato	01/01 - 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	EJECUTAR LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA A TRAVES DE ACTIVIDADES DE INDOLE RECREATIVA TURISTICA Y CULTURAL

Actividades efectuadas en el mes:

Firmas de renovación de documentos para subsidio 2025 de programa
Firmas de renovación de documentos para subsidio 2025 de programa atención integral y cuidados 2025
Recepción de fichas de postulación para programas del Departamento de Personas Mayores
Gestión de recursos asistenciales según necesidad (derivación a depto. de subsidios y programas sociales u otras dependencias municipales).
Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias con relación a los apoyos de la red local y estatal
Traspaso de información relacionada a vecinos y/o beneficiarios en sistema ATS y PSL 82. Verificación de todos los adultos mayores pertenecientes al programa, en relación con la información disponible en Tarjeta vecino.
Ingresos de Atención al vecino al sistema ATS AMY07 Prestación PAS20 AMP02
Actualización de nóminas mensuales, actualización de bases de datos con relación a las postulaciones
Reunión de equipo mensual para ver la pertinencia de los casos evaluados y entregar el beneficio
Creación y actualización permanente de base de Datos Programa atención integral y cuidado solicitada por programa Planificación y Desarrollo.
Atención de público adulto mayor en general que asiste diariamente al Depto. Adulto mayor por demanda espontánea, entregando información, orientando en los distintos servicios municipales, gestionando los recursos en los casos que amerita.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas telefónicas que se reciben a diario
Realización de visitas domiciliarias a postulantes del programa atención integral y cuidados y/o ayudas técnicas

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Paola Andrea Lara Maturana**, 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 CUIDADOS 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. **Paola Andrea Lara Maturana**.

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


 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

