

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	ANA MARIA METZNER PAGUEGUY
RUT	██████████
Profesión	SECRETARIA PROFESIONAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	"ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025"
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TÉCNICO
Función Específica	"ATENCIÓN SOCIAL Y ACOMPAÑAMIENTO A ADULTOS MAYORES DE 80 AÑOS O MAS

Actividades efectuadas en el mes:

REALIZAR LLAMADAS DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO A ADULTOS MAYORES DE 80 AÑOS Y MÁS, DE ACUERDO CON PLANILLA ASIGNADA MENSUALMENTE POR LA ENCARGADA DEL PROGRAMA.
ENVIO DE CORREOS A LOS ADULTOS MAYORES POR INFORMACIÓN Y/O PARA RETOMAR CONTACTO TELEFÓNICO PÉRDIDO.
TRÁMITES EN LÍNEA EN EL REGISTRO CIVIL, CUANDO ES NECESARIO O PÉRDIDA DE CONTACTO DE UN AM.
EN LA LLAMADA APARTE DE CUMPLIR CON LA FUNCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO DEL ADULTO MAYOR, REALIZAR CONTENCIÓN EMOCIONAL CUANDO ES NECESARIO.
ORIENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS QUE OFRECE LA MUNICIPALIDAD A LOS ADULTOS MAYORES EN DISTINTAS ÁREAS Y DONDE CONCURRIR A SOLICITARLOS.
ORIENTACIÓN SOBRE APOYO TECNOLÓGICO COMO INGRESAR AL SITIO DE LA MUNICIPALIDAD PARA REALIZAR TRÁMITES.
REVISAR ESTADO DE LA TARJETA VECINO, SI SE ENCUENTRA VIGENTE.
INFORMAR DONDE LLAMAR O CONCURRIR POR EL PAGO DE LA BASURA O DEL SUBSIDIO DE LAS CONTRIBUCIONES.
VISITAS AL DOMICILIO POR LLAMADAS NO CONTESTADAS

Firma prestador de los servicios	<i>Ana María Metzner P.</i>
----------------------------------	-----------------------------

**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. **Ana María Metzner Pagueguy**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **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 Sr.a./Sr. **Ana María Metzner Pagueguy**.

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                      de                      año