

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

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

Nombre	CRISNY MARIEL RODRIGUEZ HORTA
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01-31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Actividades efectuadas en el mes: AGOSTO

Recepción de fichas de postulación para el Programa
Realización de informes sociales para optar al beneficio de cuidadora o ELEM.
Reunión de equipo mensual para ver la pertinencia de los casos evaluados y entregar el beneficio.
Atención presencial de familiares de usuarios de subsidios de cuidadora y ELEM cuando se les otorga el beneficio. Se cita al departamento de Personas Mayores para firmar documentos administrativos del Programa.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas telefónicas diariamente.
En materia administrativa, realización de memos de imputación, decretos de reconocimiento de beneficiarios y certificación para generar pagos tanto para cuidadoras, como para ELEM.
Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias con relación a los apoyos de la red local y estatal.
Dar seguimiento a los pagos con finanza y tesorería.
Atención de público en general que asiste diariamente al Depto. de Personas Mayores.
Agregar personas mayores orientadas en atención de público al ATS.

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. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**, 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. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año