LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	AGOSTO

Nombre	FRANCO SUPERBY VIERA
RUT	[redacted]
Profesión	PSICÓLOGO
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01-31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

ENTREVISTAS CUIDADORES PRINCIPALES PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO.
VISITA DOMICILIARIAS ADULTOS MAYORES FRÁGILES DEL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO.
ENTREVISTA A POSTULANTES DE VOLUNTARIADO PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES
CAPACITACIÓN A VOLUNTARIOS
GESTION DE ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS
INGRESO A SISTEMA SOCIAL (ATS)
INTERVENCIÓN EN CRISIS Y REGULACIÓN PSICOEMOCIONAL
ATENCIÓN A PUBLICO
ENTREVISTA A CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DE SUBSIDIO
REALIZACIÓN DE FICHAS DE ENTREVISTA
DIGITALIZACIÓN DE FICHAS DE ENTREVISTA
ALMACENAMIENTO DE CAJAS DE ALIMENTOS
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS PARA ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE TRABAJO

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. **Franco Superby Viera**, 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. **Franco Superby Viera.**

Nombre Jefe de Departamento (S)	**Carmen Arias Castro**
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO ADULTO MAYOR DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2025 (año)