

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

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

Nombre	MARIA FERNANDA URZÚA LENNOX-ROBERTSON
RUT	██████████
Profesión	SECRETARIA EJECUTIVA
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	"ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025"
Período del Contrato	28/07/2025 AL 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	ACOMPAÑAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ORIENTACION TELEFONICA SEGÚN CORRESPONDA, A VECINOS DE 80 AÑOS O MÁS, ASIGNADOS DIARIAMENTE, QUE VIVEN SOLOS Y/ PRESENTAN ESCASA VINCULACIÓN SOCIAL, ADEMÁS DE REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL.

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, EN CASO DE LLAMADAS NO CONTESTADAS.
TRÁMITES EN LÍNEA EN EL REGISTRO CIVIL, CUANDO CORRESPONDA.
INFORMACION DE LOS PROGRAMAS QUE OFRECE LA MUNICIPALIDAD A LOS ADULTOS MAYORES EN DISTINTAS ÁREAS.
ORIENTACIÓN SOBRE APOYO TECNOLÓGICO COMO INGRESAR AL SITIO DE LA MUNICIPALIDAD PARA REALIZAR TRÁMITES.
REALIZAR DESPEJE PARA INGRESOS AL PROGRAMA, ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE TEST PSICOLÓGICO ABREVIADO.
REALIZAR INGRESOS AL PROGRAMA DESDE LA BASE DE DATOS PARA TAL FIN.
INFORMAR DONDE LLAMAR O CONCURRIR POR EL PAGO DE LA BASURA O DEL SUBSIDIO DE LAS CONTRIBUCIONES.

Firma prestador de los servicios	<i>U. Fernando Urzúa</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. María Fernanda Urzúa Lennox-Robertson 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 Sra./Sr. María Fernanda Urzúa Lennox-Robertson.

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