

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	DICIEMBRE
Nombre	VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

AGENDAR HORA DE EVALUACIONES PARA INGRESOS A CENTROS DE DÍA
ENVIAR BOLETINES DE SALUD A FAMILIAS Y USUARIOS
PASAR ASISTENCIA DIARIA A ADULTOS MAYORES PRESENCIAL
ORIENTACIÓN AL VECINO
REALIZAR ESTADÍSTICA MENSUAL
RECEPCIÓN DE ADULTOS MAYORES PARA INGRESO A LAS ACTIVIDADES
CONTESTAR CORREOS Y LLAMADOS DE DISTINTAS AREAS MUNICIPALES
INGRESO A PROGRAMA ATS, SEGÚN PRESTACIÓN QUE CORRESPONDA
APOYO A TRABAJO ADMINISTRATIVO DE EQUIPO DE INTERVENCIÓN
APOYO ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR DEPARTAMENTO ADULTO MAYOR
ENTREGA REGISTRO SOCIAL DE HOGARES A BENEFICIARIOS (USUARIOS)
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
APOYO EN FIESTA DE FIN DE AÑO
APOYO CONFECCIÓN ESTADISTICA ANUAL

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

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. VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Diciembre** 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. VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID.

Nombre Jefe de Departamento	SRA. ANGELINA ALBA P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS