

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

Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	PRISCILA ELIZABETH MENDOZA CONEJERO
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025.
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	EJECUTAR LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ÍNDOLE RECREATIVA, TURÍSTICA Y CULTURAL.

Actividades efectuadas en el mes: **JULIO**

Vinculación con las directivas de las organizaciones para la orientación y entrega de información relevante para los socios/as de clubes, relativo a beneficios municipales y estatales.
Planificación en la entrega de información de las actividades programadas mensualmente por el Depto. De Personas mayores, difundidas por los distintos canales de comunicación disponibles.
Entrega de recursos asistenciales a socios/as de organizaciones, que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.
Seguimiento y derivaciones a los casos de socios/as de clubes que no pueden permanecer en las organizaciones de manera activa por distintas situaciones; deterioro físico, deterioro cognitivo, entre otros.
Orientación a las organizaciones que conforman la red municipal (respecto de su funcionamiento, problemáticas, vigencias de sus directivas, postulaciones a fondos concursables, etc.) y a las organizaciones que desean constituirse.
Acompañar y fortalecer organizaciones de personas mayores, promoviendo el liderazgo, la organización comunitaria y la creación de redes de apoyo.
Atención de público a vecinos/as en general, que asisten diariamente al Depto. De Personas mayores, por demanda espontánea, entregando información, orientando en los distintos servicios municipales, gestionando los recursos en los casos que amerita. Además de la atención exclusivamente para los clubes (jueves jornada mañana) anualmente.

Firma prestador de los servicios



La Directora de Desarrollo Comunitario, Carolina Contreras Berríos, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Priscila Elizabeth Mendoza Conejero**, RUT [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes de **JULIO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Envejecimiento activo y saludable 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 **JULIO** 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. **Priscila Elizabeth Mendoza Conejero**.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, JULIO mes de 2025 año