

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	AMANDA CRISTEL LOYOLA CHÁVEZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD.

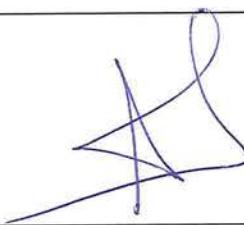
Actividades efectuadas en el mes: octubre

Recepción y gestión de fichas de postulación al Programa.
Elaboración de informes sociales para la evaluación de beneficiarios, con el fin de optar a subsidios para cuidadoras o ingreso a ELEAM.
Participación en reunión de equipo mensual, destinada a analizar la pertinencia de los casos evaluados y la asignación de subsidios.
Atención presencial a familiares de usuarios beneficiados con subsidios de cuidadoras o ELEAM, para la firma de la documentación administrativa requerida para la formalización y seguimiento del beneficio.
Organización y actualización de archivadores con la documentación correspondiente al periodo 2025.
Atención diaria de correos electrónicos y llamadas telefónicas.
Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias, vinculándolos a apoyos de la red local y estatal según sus necesidades.
Atención presencial de público general, especialmente personas mayores que asisten al Departamento de Personas Mayores.
Registro en el ATS de las personas mayores atendidas en la orientación de público.
Visitas domiciliarias a postulantes del Programa de cuidadoras o ELEAM.
Gestión logística de ayudas técnicas destinadas a personas mayores.
Realización de inventario en bodega de ayudas técnicas, velando por el orden, clasificación y control actualizado de los insumos disponibles.

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. **Amanda Cristel Loyola Chávez**, RUT: **[REDACTED]**, dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 **ATENCION 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 suscripto, 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 **Octubre 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. **Amanda Cristel Loyola Chávez**.

Nombre Jefe de Departamento	<b>MARIA ANGELINA ALBA PINUER</b>
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



**VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
**CAROLINA CONTRERAS BERRIOS**

