

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

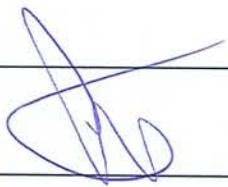
Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	LUIS PATRICIO LOYOLA SILVA
RUT	[REDACTED]
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO AL PRESUPUESTO FAMILIAR DE LA PERSONA MAYOR 2025
Período del Contrato	01/01-31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes: **OCTUBRE**

Recepción de fichas de postulación para el Programa.
Gestión de recursos asistenciales según necesidad (derivación a depto. de programas sociales u otras dependencias municipales).
Realización de informes sociales para optar al beneficio de caja de alimentos de manera mensual con tiempo de inicio y termino.
Traspaso de toda la información relacionada a vecinos y/o beneficiarios en sistema ATS y PSL44. Verificación de todos los adultos mayores pertenecientes al programa, en relación con la información disponible en Tarjeta vecino.
Actualización de nóminas mensuales, actualización de bases de datos con relación al beneficio.
Acompañamiento y seguimiento telefónico a los beneficiarios activos del programa, fin principal de informar ingresos y egresos del programa.
Atención de público adulto mayor en general que asiste 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.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas telefónicas que se reciben a diario.
Realización de visitas domiciliarias a postulantes del programa apoyo alimenticio, visitas enfocadas en las personas mayores que no pueden asistir presencialmente.
Reuniones de caso con equipo de Depto. Presupuesto, Planificación y Estudios y Programas Sociales para abordar las problemáticas mensuales del programa.

Firma prestador de los servicios



**El jefe del Departamento de Programas Sociales**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Luis Patricio Loyola Silva**, 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 **APOYO AL PRESUPUESTO FAMILIAR DE LA PERSONA MAYOR 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 **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. **Luis Patricio Loyola Silva**.

Nombre Jefe de Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, OCTUBRE mes de 2025 año