

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

| | |
|-----|---------|
| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|

| | |
|----------------------|--|
| Nombre | CRISNY MARIEL RODRIGUEZ HORTA |
| RUT | |
| Profesión | TRABAJADOR SOCIAL |
| Departamento | DE PERSONAS MAYORES |
| Programa Social | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025 |
| Período del Contrato | 01/01-31/12/2025 |
| Actividad Genérica | GESTOR TECNICO COMUNITARIO |
| Actividad Especifica | GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Recepción de fichas de postulación para el Programa |
| Realización de informes sociales para optar al beneficio de cuidadora o ELEAM. |
| Reunión de equipo mensual para ver la pertinencia de los casos evaluados y entregar el beneficio. |
| Atención presencial de familiares de usuarios de subsidios de cuidadora y ELEAM cuando se les otorga el beneficio. Se cita al departamento de Personas Mayores para firmar documentos administrativos del Programa. |
| Respuesta a correos electrónicos y llamadas telefónicas diariamente. |
| En materia administrativa, realización de memos de imputación, decretos de reconocimiento de beneficiarios y certificación para generar pagos tanto para cuidadoras, como para ELEAM. |
| Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias con relación a los apoyos de la red local y estatal. |
| Dar seguimiento a los pagos con finanza y tesorería. |
| Atención de público en general que asiste diariamente al Depto. de Personas Mayores. |
| Agregar personas mayores orientadas en atención de público al ATS. |

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores, María Angelina Alba Pinuer, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**, 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 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. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre Jefe de Departamento | María Angelina Alba Pinuer |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |   |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS