

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

| | |
|----------------------|--|
| Mes | OCTUBRE |
| Nombre | Alejandra Damary Saavedra Espinoza |
| RUT | |
| Profesión | Tecnico en Enfermería |
| Departamento | Personas Mayores |
| Programa Social | Atención Integral y Cuidado 2025 |
| Período del Contrato | 01/01/2025-31/12/2025 |
| Actividad Genérica | Auxiliar de Enfermería |
| Actividad Específica | Participar desde su especialidad, en la atención integral a personas mayores que asisten a centros de día. |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Atención de publico de forma presencial, según días asignados. (lunes-jueves) |
| Registro ATS. Ingreso, egreso, fallecimiento y seguimiento psicosocial cuidadoras. |
| Derivación interna a programas sociales. |
| Registro planilla seguimiento psicosocial TENS. |
| Recolección de asistencia mensual vía correo. |
| Recepción y respuesta por medio de correo y teléfono según demanda. |
| Apoyo en actividades según necesidad del departamento de Personas Mayores. |
| Entregar información a usuarios subsidio cuidadora/eleam sobre reevaluación, vía correo y llamada telefónica. |

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. **Alejandra Damary Saavedra Espinoza**, 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. **Alejandra Damary Saavedra Espinoza**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año