

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

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

Nombre	FRANCO SUPERBY VIERA
RUT	[REDACTED]
Profesión	PSICÓLOGO
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01-31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: **OCTUBRE**

ENTREVISTAS CUIDADORES PRINCIPALES PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO.
VISITA DOMICILIARIAS ADULTOS MAYORES FRÁGILES DEL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO.
ENTREVISTA A POSTULANTES DE VOLUNTARIADO PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES
REUNIÓN CON VOLUNTARIOS
GESTIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS
INGRESO A SISTEMA SOCIAL (ATS)
INTERVENCIÓN EN CRISIS Y REGULACIÓN PSICOEMOCIONAL
ATENCIÓN A PÚBLICO
ENTREVISTA A CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DE SUBSIDIO
REALIZACIÓN DE FICHAS DE ENTREVISTA
DIGITALIZACIÓN DE FICHAS DE ENTREVISTA
ALMACENAMIENTO DE CAJAS DE ALIMENTOS
ENTREVISTA A POSTULANTES PARA PROGRAMA LABORES DE SERVICIO

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. **Franco Superby Viera**, 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 **ATENCIÓN 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. **Franco Superby Viera**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

