

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	PATRICIA CRUZ CÁCERES
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	GESTION Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCION Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICION DE FRAGILIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

OBJETIVO DEL PROGRAMA: "ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO A TRAVÉS DE LLAMADAS ASIGNADAS, A PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS O MÁS QUE VIVEN SOLAS Y QUE PRESENTAN ESCASA VINCULACIÓN SOCIAL POR ALTERACIONES EN SUS CAPACIDADES U OTROS"
REALIZAR SEGUIMIENTO DE LLAMADAS REALIZADAS A VECINOS ADULTOS MAYORES
INCORPORAR A LAS LLAMADAS TEMAS ACTUALIZADOS
DERIVACIÓN A OTROS PROGRAMAS MUNICIPALES CUANDO SEA PERTINENTE
LLAMADOS TELEFÓNICOS CUANDO CORRESPONDA (CON MAYOR VULNERABILIDAD)
REALIZAR NÓMINA PARA INVITACIÓN A ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS PARA PERSONAS MAYORES CON BUENA MOVILIDAD
TRABAJO ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BASE DE DATOS, REALIZAR NOMINA CON CANTIDAD DE LLAMADAS A REALIZAR POR PERSONA, REVISIÓN EN SISTEMA SOCIAL
ESTADÍSTICA MENSUAL
INFORMACIÓN DESDE REGISTRO CIVIL
REALIZAR NÓMINA PARA INVITACIÓN A BRIGADAS / INGRESOS Y EGRESOS ATS / INGRESOS AL ATS-MAESTRO POR FALLECIDOS
ENTREVISTAS A FAMILIARES DE BENEFICIARIOS CUANDO CORRESPONDA
APOYO AL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES EN LO REQUERIDO POR LA JEFATURA
SEGUIMIENTO A PERSONAL DE LABRES DE SERVICIO
REFUERZO - CAPACITACIÓN (PC Y OBJETIVO DEL PROGRAMA) POR CONTRAPRESTACIÓN A LABORES DE SERVICIO
ENTREVISTA Y RECOPIACIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR POSTULACIÓN SUBSIDIO CUIDADORA
VISITAS DOMICILIARIAS POR POSTULACIÓN / INFORMES SOCIALES INTERNOS Y AL COMPIN

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

El jefe de Departamento de Departamento de Personas, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Patricia Alexandra Cruz Cáceres**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, 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 2026-2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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. **Patricia Alexandra Cruz Cáceres**.

Nombre Jefe de Departamento	SRA. MARIA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL 2026
 _____ _____
 mes de año