

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	VICTORIA DENISSE ABARCA HORMAZABAL
RUT	
Profesión	
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/08/2026 – 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	PARTICIPAR DESDE SU ESPECIALIDAD, EN LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE DÍA

Actividades efectuadas en el mes:

Apoyo en las actividades diarias del equipo de intervención.
Cumplimiento de tareas de enfermería.
Recepción y traslado seguro de los usuarios al interior del recinto.
Asistencia en urgencias médicas (situaciones de emergencia, colaboración activa y manejo de usuarios afectados siguiendo protocolos establecidos para la atención inmediata).
Orientación y apoyo a usuarios dependientes guiándolos en las actividades diarias.
Atención a usuarios con déficit auditivo y/o visual, con el propósito de que lleven a cabo actividades de manera independiente y segura.
Mantenimiento de la sala de primeros auxilios en condiciones óptimas.
Archivo y organización de documentos de usuarios.
Monitoreo semanal de beneficiarios ausentes.
Participar en la atención integral a adultos mayores que participan a Centros de Días
Apoyo a usuarios en solicitud de Traslado (Uber, taxi, etc), llamados a familiares.
Apoyo en Jornada del Arte del Buen Envejecer

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. **Victoria Denisse Abarca Hormazábal**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO 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 **Agosto 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. **Victoria Denisse Abarca Hormazábal**.

Nombre Jefe de Departamento	Sra. Angelina Alba P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO
