

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

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

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 Específica	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 PERSONAS 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 CON CÓDIGOS AL ATS / INGRESOS AL ATS-MAESTRO POR FALLECIDOS
ENTREVISTAS A FAMILIARES DE BENEFICIARIOS CUANDO CORRESPONDA
APOYO AL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES
SEGUIMIENTO A PERSONAL DE LABORES DE SERVICIO
INDUCCIÓN Y REFUERZO - CAPACITACIÓN (PC Y OBJETIVO DEL PROGRAMA) POR CONTRAPRESTACIÓN A LABORES DE SERVICIO
CORREO CONTACTO NC
ENTREVISTA, VISITA DOMICILIARIAS E INFORMES SOCIOECONÓMICOS POR BENEFICIO NATACION
APOYO JORNADA DEL ARTE DEL BUEN ENVEJECER

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 **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 **ATENCION 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. **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