

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	AMANDA CRISTEL LOYOLA CHÁVEZ
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	PARTICIPAR EN GESTION Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

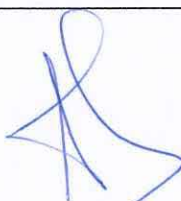
Actividades efectuadas en el mes: ENERO

Elaboración de informes sociales para las reevaluaciones de beneficiarios, con el fin de optar a subsidios para cuidadoras o ingreso a ELEAM 2026-
Participación en reunión de equipo mensual, destinada a analizar la pertinencia de los casos evaluados y la asignación de subsidios.
Atención presencial a familiares de usuarios beneficiados con subsidios de cuidadoras o ELEAM, para la firma de la documentación administrativa requerida para la formalización y seguimiento del beneficio 2026
Organización y actualización de archivadores con la documentación correspondiente al periodo 2026
Atención diaria de correos electrónicos y llamadas telefónicas.
Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias, vinculándolos a apoyos de la red local y estatal según sus necesidades.
Atención presencial de público general, especialmente personas mayores que asisten al Departamento de Personas Mayores.
Registro en el ATS de las personas mayores atendidas en la orientación de público.
Gestión logística de ayudas técnicas destinadas a personas mayores.

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

El jefe de 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. **Amanda Cristel Loyola Chávez**, RUT: XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO 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 **ENERO 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. **Amanda Cristel Loyola Chávez**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



Y B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

