

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

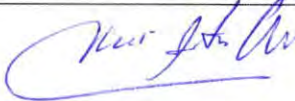
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | JULIO |
|-----|-------|

|                      |                                                                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | MARÍA TERESA ASTUDILLO VALLEJOS                                                                                                   |
| RUT                  |                                                                                                                                   |
| Profesión            |                                                                                                                                   |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                                                                  |
| Programa Social      | ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027                                                                                             |
| Período del Contrato | 01/01/2026-31/12/2026                                                                                                             |
| Actividad Genérica   | GESTOR TECNICO COMUNITARIO                                                                                                        |
| Actividad Especifica | GESTION Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCION Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD |

Actividades efectuadas en el mes: Julio

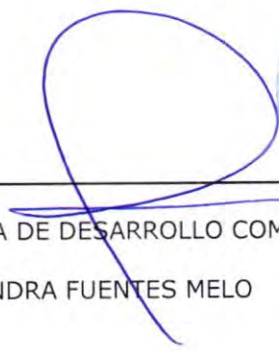
|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atenciones de casos sociales.                                                                                                                                                                                                             |
| Respuestas a correos electrónicos y recepción y llamados telefónicos diariamente.                                                                                                                                                         |
| Atención y evaluación social para acceso a beneficios de aporte económico.                                                                                                                                                                |
| Visitas domiciliarias a personas mayores que requieran el acompañamiento de un voluntario/a.                                                                                                                                              |
| Atención de vecinos en general que asisten diariamente al Dpto. de Personas mayores por demanda espontánea, entregando información, orientando en los distintos servicios municipales, gestionando los recursos en los casos que amerita. |
| Informes de Evaluación Social.                                                                                                                                                                                                            |
| Presentación de Voluntarios a personas mayores en estado de fragilidad.                                                                                                                                                                   |
| Ingreso de información de atención a personas y/o beneficiaros en sistema ATS.                                                                                                                                                            |
| Visita domiciliaria de casos Sociales                                                                                                                                                                                                     |
| Reunión con Voluntarios                                                                                                                                                                                                                   |

|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **Maria Teresa Astudillo Vallejos**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO 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 **JULIO 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. **María Teresa Astudillo Vallejos**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

JULIO

mes

de

2026

año