

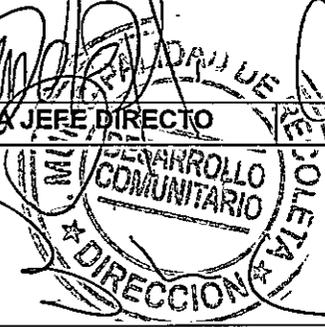
INFORME DE GESTIÓN CONTRATO A HONORARIOS

NOMBRE	: SANTIAGO ANDRE LAZÓ ELLA																
RUT																	
PERIODO QUE INFORMA:	Noviembre 2024																
N° DE BOLETA	: 4	MONTO BRUTO: 106.073															
PROGRAMA:	COMUNITARIO PERSONAS MAYORES																
ITEM:	CENTRO DE COSTO:																
CARGO:	SUMA ALZADA																
FUNCIONES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de la cantidad de población adulta identificada dentro de la comuna. 2. Realización de encuestas de satisfacción de materia de salud, cuidados, etc. 3. Apoyo en visitas domiciliarias 4. Apoyo en la entrega de ayuda técnicas en caso que corresponda 																
ACTIVIDADES DEL MES:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Descripción</th> <th>Medio de verificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Acompañamiento en visita domiciliaria.</td> <td>fotografía</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Apoya y orientación a personas mayores.</td> <td>fotografía</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Realización de Propuesta de Intervención.</td> <td>fotografía</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Asistencia a sala de Reuniones por realización de talleres en las propuestas de Intervención desde el programa.</td> <td>fotografía</td> </tr> </tbody> </table>		N°	Descripción	Medio de verificación	1	Acompañamiento en visita domiciliaria.	fotografía	2	Apoya y orientación a personas mayores.	fotografía	3	Realización de Propuesta de Intervención.	fotografía	4	Asistencia a sala de Reuniones por realización de talleres en las propuestas de Intervención desde el programa.	fotografía
N°	Descripción	Medio de verificación															
1	Acompañamiento en visita domiciliaria.	fotografía															
2	Apoya y orientación a personas mayores.	fotografía															
3	Realización de Propuesta de Intervención.	fotografía															
4	Asistencia a sala de Reuniones por realización de talleres en las propuestas de Intervención desde el programa.	fotografía															





FIRMA FUNCIONARIO	FIRMA JEFE DIRECTO	FIRMA JEFE DEPARTAMENTO
-------------------	--------------------	-------------------------






FIRMA DIRECTOR
