

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES AÑO 2025.

| | |
|------------|---------------|
| Mes | AGOSTO |
|------------|---------------|

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | SILVA CUBILLOS MARIA JOSE |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | NUTRICIONISTA |
| Departamento | PERSONAS MAYORES |
| Programa Social | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025 |
| Período del Contrato | 01/01/2025 - 31/12/2025 |
| Función Genérica | GESTOR TECNICO COMUNITARIO |
| Función Específica | DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|--|
| Agendar hora de evaluaciones nutricionales a usuarios |
| Evaluaciones nutricionales a usuarios |
| Informes nutricionales |
| Elaboración y envío de "Recomendaciones nutricionales personalizadas" a usuarios evaluados |
| Orientación a beneficiarios de los Centros de Día (on-line, telefónica-presencial) |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Firma prestador de los servicios | <i>Maria José Silva C.</i> |
|----------------------------------|----------------------------|

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 Sr/a. **MARÍA JOSÉ SILVA CUBILLOS**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Atención integral y cuidado **2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **AGOSTO de 2025**; 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. **MARIA JOSE SILVA CUBILLOS**.

| | |
|---|---|
| Nombre Jefe de Departamento (S) | SRA. CARMEN ARIAS CASTRO |
| Firma y timbre Jefe de Departamento (S) |  |



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Agosto de 2025
mes año