

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

|                      |                                                                                                                                           |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes                  | DICIEMBRE                                                                                                                                 |
| Nombre               | LIGIA DEL CARMEN PARADA CORVALÁN                                                                                                          |
| RUT                  |                                                                                                                                           |
| Profesión            |                                                                                                                                           |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                                                                          |
| Programa Social      | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025                                                                                                          |
| Período del Contrato | 01/01/2025 - 31/12/2025                                                                                                                   |
| Actividad Genérica   | GESTOR TECNICO COMUNITARIO                                                                                                                |
| Actividad 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:

|                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                                               |
| REEVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                                             |
| EVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A VECINOS POSTULANTES AL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA                                                 |
| LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                                            |
| EJECUCIÓN DE LABORES ADMINISTRATIVAS                                                                                                |
| PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR UN TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS |
| EJECUTAR ACTIVIDADES GRUPALES DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                        |
| ELABORACIÓN DE LA ESTADÍSTICA ANUAL AREA DE KINESIOLOGÍA                                                                            |
| ELABORACIÓN Y ENVÍO DEL PAI (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL)                                                                           |
| REUNIÓN Y/O INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE USUARIOS CON DEPENDENCIA                                                                 |
| APOYO EN FIESTA BAILABLE DE FIN DE AÑO CENTROS DE DÍA                                                                               |

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

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 el/la Sr/a LIGIA DEL CARMÉN PARADA CORVALÁN, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **DICIEMBRE de 2025**, 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 **2025**.

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 **DICIEMBRE** 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 LIGIA DEL CARMÉN PARADA CORVALÁN

|                                  |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento      | Sra. ANGELINA ALBA P.                                                                                                                                                     |
| Firma y timbre Jefe Departamento |   |



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS