

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

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	SILVA CUBILLOS MARIA JOSE
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 Especifica	DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD

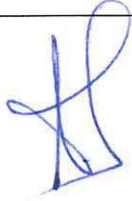
Actividades efectuadas en el mes:

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 el/la Sr/a. **MARÍA JOSÉ SILVA CUBILLOS**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **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. **MARIA JOSE SILVA CUBILLOS**.

Nombre Jefe de Departamento	SRA. ANGELINA ALBA
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

Diciembre

mes

de

2025

año

