


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

| Mes                  | OCTUBRE   |
|----------------------|---|
| Nombre               | NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO  |
| RUT                  | ██████████  |
| Profesión            | KINESIOLOGA   |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES  |
| Programa Social      | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025  |
| Período del Contrato | 01/01-31/12/2025  |
| 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:

|  |
|--|
| EVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA   |
| REEVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA                                       |
| EVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A POSTULANTES AL PROGRAMAS DE CENTRO DE DIA   |
| LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA                                      |
| EJECUCION DE LABORES ADMINISTRATIVAS   |
| PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS |
| ELABORACIÓN DE PAI (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL)   |
| REUNION Y/O INTERVENCION CON FAMILIARES DE USUARIOS CON DEPENDENCIA.   |
| ELABORACION DE MATERIAL AUDIOVISUAL PARA ENVIAR A USUARIOS QUE NO ASISTEN DE MANERA PRESENCIAL A CENTRO DE DIA.                  |
| EJECUTAR ACTIVIDADES GRUPALES DE ESTIMULACION FUNCIONAL A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DEL CENTRO DE DIA                 |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 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. NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 CUIDADOS 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 **Octubre 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. **NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO**

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

  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS