

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	JAVIERA FERNANDA GALLARDO VIVANCO
RUT	[REDACTED]
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
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:

- Elaboración de planes de atención individuales, a través de objetivos y estrategias de intervención integral para cada usuario.
- Planificar y desarrollar talleres grupales orientados a estimular las habilidades de comunicación e interacción y habilidades cognitivas globales.
- Orientar a usuarios y familiares, y vecinos respecto a beneficios y servicios ofrecidos por Centro de Día (vía telefónica, online o presencial).
- Participación en reuniones técnicas, destinadas a comunicar y coordinar con el equipo de trabajo las acciones y casos que requieren de un manejo en conjunto.
- Evaluación desde el área cognitiva a usuarios beneficiarios.
- Reevaluación desde el área cognitiva a usuarios beneficiarios.
- Evaluación desde el área cognitiva a vecinos derivados por otros programas.
- Orientación a cuidadores informales y/o formales de usuarios beneficiarios.
- Orientación a familiares de usuarios beneficiarios.
- Revisión de la constitución y creación de grupos según perfil de funcionalidad.

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. Javiera Fernanda Gallardo Vivanco, RUT: [REDACTED] 4, 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 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 suscripto, 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. **Javiera Fernanda Gallardo Vivanco**.

Nombre Jefe de Departamento	Sra. Angelina Alba
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, OCTUBRE  
mes 2025  
de año