



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

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

Nombre	DANIELA SOLEDAD MALDONADO VARGAS
RUT	[REDACTED]
Profesión	KINESÍLOGO
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO 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:

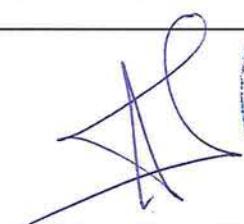
EVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA
REEVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA
EVALUACIONES FÍSICAS FUNCIONALES A VECINOS POSTULANTES AL PROGRAMA DE CENTRO DE DÍA
LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE 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 FÍSICA FUNCIONAL A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA
ELABORACIÓN DEL PAI (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL)



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. **Daniela Soledad Maldonado Vargas**, 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 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 **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. **Daniela Soledad Maldonado Vargas**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE
mes de 2025
año