

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

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

Nombre	LIGIA DEL CARMEN PARADA CORVALÁN
RUT	
Profesión	KINESIÓLOGA
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:


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 Y ENVÍO 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 LIGIA DEL CARMÉN PARADA CORVALÁN, 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 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
