

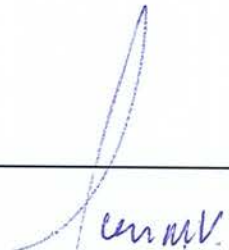
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	DANIELA SOLEDAD MALDONADO VARGAS
RUT	
Profesión	KINESIOLOGA
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	DISEÑO, COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA ADULTOS MAYORES EN CONDICION 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.
EJECUCIÓN DE LABORES ADMINISTRATIVAS.
EJECUTAR ACTIVIDADES GRUPALES DE ESTIMULACIÓN FISICA FUNCIONAL A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR UN TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS.
APOYO EN ACTIVIDAD DEL 24 DE SEPTIEMBRE PIE DE CUECA.

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**, dio cabal cumplimiento durante el mes **septiembre de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **septiembre 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 Departamento	Sra. Angelina Alba
Firma y timbre Jefe Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año