

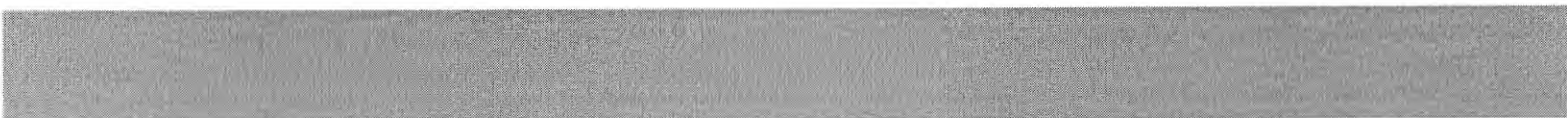
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**


Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	JAVIERA FERNANDA GALLARDO VIVANCO
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	GESTIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

- Participación en reuniones técnicas, destinadas a generar acciones y abordar casos que requieren de un manejo en conjunto.
- Evaluación y reevaluación desde el área cognitiva a usuarios beneficiarios.
- Evaluación desde el área cognitiva a vecinos postulantes.
- Evaluación desde el área cognitiva a vecinos derivados de otros programas.
- Revisión de la constitución de grupos nuevos y existentes según perfil de funcionalidad.
- Preparar y desarrollar talleres grupales orientados a estimular las habilidades de comunicación e interacción y habilidades cognitivas globales.
- Apoyo en charla dictada por la Unidad de Memoria del Hospital Salvador.



Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe de 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], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, 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 2026-2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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 Sr./Sr. **Javiera Fernanda Gallardo Vivanco**.

Nombre Jefe de Departamento	Sra. ANGELINA ALBA P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	



 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL mes de 2026 año

