

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

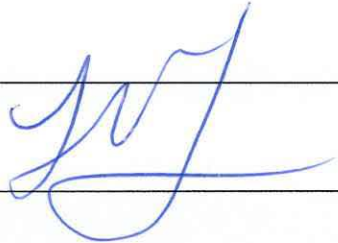
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	BABOUN GARIB SOFÍA ESTEFANÍA
RUT	
Profesión	PSICÓLOGA
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 Específica	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:

Planificar talleres grupales orientados a estimular habilidades cognitivas y emocionales, participación social, ocio y tiempo libre CDD Reina Astrid.
Participar en reuniones técnicas y de salud; con el objetivo de coordinar con el equipo de trabajo las acciones que requieran un trabajo en conjunto.
Realizar evaluación cognitiva a nuevos postulantes al Centro de día del Adulto Mayor Reina Astrid.
Realizar reevaluación cognitiva a usuarios que participan actualmente en los Centros de día del Adulto Mayor.
Realizar trabajo administrativo en Centros de día del Adulto Mayor Reina Astrid.
Realizar talleres enfocados a la expresión y contención emocionales a través de diversas actividades a los usuarios del Centro de día del Adulto Mayor Reina Astrid.
Entregar orientación psicológica a los usuarios y sus familias, del Centro de día del Adulto Mayor Reina Astrid.

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. **SOFÍA ESTEFANÍA BABOUN GARIB**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO 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 **ATENCION 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 **ENERO 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 Sra./Sr. **SOFÍA ESTEFANÍA BABOUN GARIB**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

ENERO

mes

de

2026

año