

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

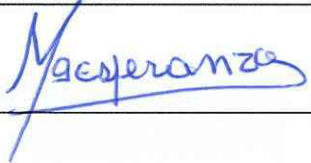
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

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

Nombre	María Esperanza Saldaña Moya
RUT	
Profesión	
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Atención integral y cuidado 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico 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 y ejecutar talleres grupales orientados a estimular habilidades cognitivas, participación social, ocio y tiempo libre en Centros de Día.
- Evaluar de manera integral a cada usuario que ingresa al centro de día, con el fin de conocer su nivel de funcionalidad.
- Aplicar pauta de evaluación cognitiva estandarizada.
- Elaborar cuadernillos cognitivos, para distintos niveles de desempeño cognitivo.
- Realizar reevaluaciones anuales.
- Gestión de casos e intervención familiar.
- Apoyo charla 16 de enero 2026.

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. **María Esperanza Saldaña Moya**, RUT: [REDACTED] 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 ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADOS 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. **María Esperanza Saldaña Moya** .

Nombre Jefe de Departamento	Sra. Angelina Alba
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS