

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

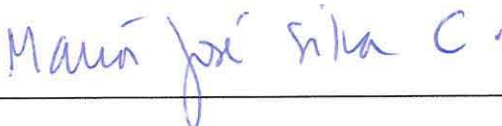
<b>Mes</b>	<b>FEBRERO</b>
------------	----------------

Nombre	SILVA CUBILLOS MARIA JOSE
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 Específica	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:

Agendar hora de evaluaciones nutricionales a usuarios
Evaluaciones nutricionales a usuarios
Informes nutricionales
Elaboración y envío de "Recomendaciones nutricionales personalizadas" a usuarios evaluados



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. **MARÍA JOSÉ SILVA CUBILLOS**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Febrero 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 **Febrero 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. **MARIA JOSE SILVA CUBILLOS**.

Nombre Jefe de Departamento	SRA. ANGELINA ALBA
Firma y timbre Jefe de Departamento	


  
 VºBº DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO (S)  
**JUAN IGNACIO PINO MANUBENS**

Las Condes, Febrero mes de 2026 año