

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

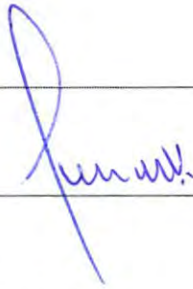
Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	DANIELA SOLEDAD MALDONADO VARGAS
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	GESTION Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCION Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICION DE FRAGILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes:

EVALUACIONES Y 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 ESTIMULACION FISICA FUNCIONAL A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
PARTICIPACION EN REUNIONES TECNICAS DEL EQUIPO MULTIDICIPLINARIO Y REALIZAR TRABAJO COLABORATIVO CON DIFERENTES DISCIPLINAS

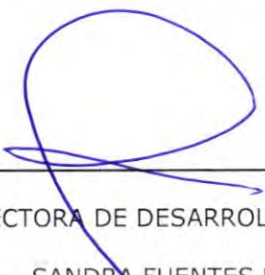
Firma prestador de los servicios



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. **DANIELA SOLEDAD MALDONADO VARGAS**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO 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 **JULIO 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. **DANIELA SOLEDAD MALDONADO VARGAS**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO