

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA
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 VULNERABILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes:

EJECUCION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA GRUPALES PARA USUARIOS ASISTENTES A CENTRO DE DIA.
REALIZACION Y ENVIO DE PAI (PLAN DE ATENCION INDIVIDUAL), CORRESPONDIENTES AL MES DE ABRIL.
REEVALUACION A USUARIOS QUE PARTICIPAN DE CENTRO DE DIA.
REGISTRO DE DATOS DE USUARIOS REEVALUADOS EN FICHA VGI Y EXCEL DEL AREA DE KINESIOLOGÍA.

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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**, RUT: XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **JUNIO 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 **JUNIO 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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO