

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

|                      |                                                                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes                  | JUNIO                                                                                                                          |
| Nombre               | LIGIA DEL CARMÉN PARADA CORVALÁN                                                                                               |
| 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 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:

|                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                 |
| LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                                            |
| EJECUCIÓN DE LABORES ADMINISTRATIVAS                                                                                                |
| PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR UN TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS |
| EJECUTAR ACTIVIDADES GRUPALES DE ESTIMULACIÓN FÍSICA FUNCIONAL A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA CENTRO DE DÍA                 |
| ORIENTACION FAMILIAR                                                                                                                |
| APOYO CELEBRACIÓN DÍA DEL PADRE                                                                                                     |

|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **Ligia del Carmen Parada Corvalán**, RUT: [REDACTED] 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 **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 **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. **Ligia del Carmen Parada Corvalán**.

|                                     |                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento         | Sra. Angelina Alba P.                                                              |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO