


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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	CATALINA ANDREA APABLAZA INOSTROZA
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 EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORAS EN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes:

Estructurar y ejecutar talleres grupales orientados a estimular habilidades cognitivas, participación social, ocio y tiempo libre CDD Reina Astrid, CDD Isabel La Católica. Participar en reuniones técnicas y de salud con el equipo de trabajo.
Evaluación de postulantes y reevaluación de usuarios CCD Reina Astrid e Isabel La Católica.
Participar en la gestión de CDD Isabel La Católica (crear fichas, llamar a usuarios, enviar correos, estadísticas, solicitud de materiales, etc.). Realizar ingreso de usuarios nuevos en CDD Reina Astrid y CDD Isabel la Católica.
Creación y envío de informe de Plan de Atención Individual CDD Reina Astrid y CDD Isabel la Católica. Apoyo en Jornada de Unidad de Memoria del Hospital Salvador.

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. **Catalina Andrea Apablaza Inostroza**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL 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 **ABRIL 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. **Catalina Andrea Apablaza Inostroza**.

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



 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
 mes de año