

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

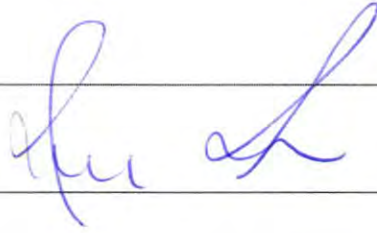
Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	NURY IRENE ARZOLA SALAZAR
RUT	██████████
Profesión	████████████████████████████████████████
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	ATENCIÓN DE PÚBLICO Y APOYO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: **ABRIL**

ATENCIÓN DE PÚBLICO GENERAL DE FORMA PRESENCIAL, TELEFÓNICA Y POR CORREO.
LABORES ADMINISTRATIVAS APOYO EN LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN EN TALLERES PRESENCIALES U ONLINE.
RECEPCIÓN E INGRESO DE FICHAS DE SALUD Y CERTIFICADOS MEDICOS AL SISTEMA SOCIAL.
REALIZACIÓN DE LLAMADAS PARA RECORDAR HORARIOS DE ACTIVIDADES EN NUESTRO CÍRCULO DE ENCUENTRO.
APOYO EN DIVERSAS TAREAS DEL CIRCULO DE ENCUENTRO
DAR RESPUESTAS RÁPIDAS A CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS.
APOYO CON EL PROGRAMA SUBSIDIO ECONÓMICO PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES DE SALUD, CLÍNICA CORDILLERA.
APOYO A LOS PROFESORES DE LOS DIFERENTES TALLERES QUE SE IMPARTEN EN EL CÍRCULO, MEDIANTE LA ENTREGA DE MATERIAL, FOTOCOPIAS Y OTROS RECURSOS.

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 la Sra. **NURY IRENE ARZOLA SALAZAR**, 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 **ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 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 Sra. **NURY IRENE ARZOLA SALAZAR**.

Nombre jefe de Departamento	MARIA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre jefe de Departamento	



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año