

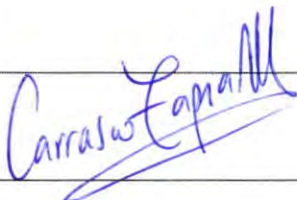
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

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

Nombre	MACARENA CARRASCO TAPIA
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	GESTION Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD


Actividades efectuadas en el mes: **ABRIL**

Atención de consultas y orientaciones mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas.
Reunión de casos en equipo.
Certificación mensual y apoyo administrativo.
Registro en ATS de personas mayores en prestaciones de orientación, evaluación e informes.
Realización de tareas administrativas asociadas a servicios de cuidados.
Evaluación de casos que postulan a subsidio de cuidadoras y Eleam.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

El jefe de Departamento de Personas Mayores, María Angelina Alba Pinuer, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Macarena Andrea Carrasco Tapia**, 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. **Macarena Andrea Carrasco Tapia**.

Nombre Jefe de Departamento	María Angelina Alba Pinuer
Firma y timbre Jefe de Departamento	



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ **ABRIL** _____ de _____ **2026** _____
 mes año