

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

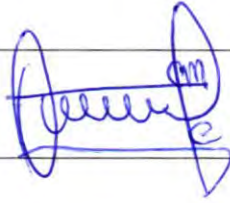
| | |
|------------|--------------|
| Mes | ABRIL |
|------------|--------------|

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO |
| 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 FRAGILIDAD |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EVALUACIONES Y REEVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA |
| EVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A POSTULANTES AL PROGRAMAS DE CENTRO DE DIA |
| LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA |
| EJECUCION DE LABORES ADMINISTRATIVAS |
| PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS |
| EJECUCION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA GRUPALES PARA USUARIOS ASISTENTES A CENTROS DE DIA. |
| APOYO EN JORNADA DE UNIDAD DE MEMORIA DEL HOSPITAL SALVADOR. |

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. **NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO**, 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 **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 **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 NICOLE ALEJANDRA ELENA CONCHA MORENO

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento | ANGELINA ALBA P. |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año