


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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	MATIAS CORDERO NEIRA
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	MONITOR AUXILIAR
Actividad Especifica	PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS.

Actividades efectuadas en el mes: **ABRIL**

MANTENER EL ORDEN Y LA ORGANIZACIÓN DE LAS BODEGAS DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO.
INFORMAR SOBRE CUALQUIER DESPERFECTO QUE SE PRESENTE Y COLABORAR EN SU SOLUCIÓN, CUANDO CORRESPONDA, PARA ASEGURAR UNA PRONTA REPARACIÓN.
ACTUALIZACIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO PARA DIARIO MURAL DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO DE ACUERDO CON EL MES.
APOYO EN ACTIVIDADES MENSUALES: ENTREGA DE ENTRADAS PARA OBRAS EN EL TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES.
REPOSICIÓN DE INSUMOS DE BAÑOS DEL RECINTO, TALES COMO: PAPEL HIGIÉNICO, PAPEL ABSORBENTE, JABÓN Y ALCOHOL GEL.
APOYO EN LLAMADOS TELEFÓNICOS Y ATENCIÓN DE PÚBLICO, SEGÚN NECESIDAD.
PREPARACIÓN DE SALAS DE CLASES: DISTRIBUCIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS TECNOLÓGICOS, ARTÍCULOS DEPORTIVOS, EQUIPOS DE VENTILACIÓN, SEGÚN NECESIDAD DE CADA TALLER.
LLEVAR EL MATERIAL REQUERIDO PARA CADA CLASE EN EL TEATRO, SEGÚN LO SOLICITADO, A FIN DE GARANTIZAR EL CORRECTO DESARROLLO DE LOS TALLERES QUE SE REALIZAN EN DICHO ESPACIO, Y RETIRARLO AL FINALIZAR CADA SESIÓN.

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 Sr. **Matias Cordero Neira**, 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 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 del Sr. **Matias Cordero Neira**.

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

  
 \_\_\_\_\_  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 mes año