

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

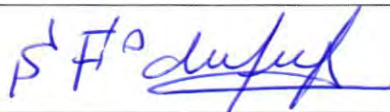
Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Sofía Carolina Fernández Díaz
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Atención integral y cuidado 2026 -2027
Período del Contrato	01/04/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	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:

- Desarrollo y ejecución de talleres grupales enfocados en el trabajo de funciones cognitivas.
- Participación en reuniones de equipo enfocadas en la alineación de objetivos y acciones.
- Apoyo en la charla impartida por Unidad de Memoria del Hospital Salvador.
- Realización de reevaluaciones de usuarios.
- Evaluación de postulantes al Programa.
- 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. **Sofía Carolina Fernández Díaz**, 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 CUIDADOS 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. **Sofía Carolina Fernández Díaz**.

Nombre Jefe de Departamento	Sra. ANGELINA ALBA P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes de año