

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

<b>MES</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	JONATHAN IGNACIO FIGUEROA SALAZAR
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 FRAGILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes:

EJECUCION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA GRUPALES PARA USUARIOS ASISTENTES A CENTROS DE DIA.
EVALUACIONES Y REEVALUACIONES FISICAS FUNCIONALES A USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTRO DE DIA
EVALUACIONES A POSTULANTES AL PROGRAMAS DE CENTRO DE DIA
LLAMADAS A USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE CENTROS DE DIA
EJECUCION DE LABORES ADMINISTRATIVAS
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y REALIZAR TRABAJO COLABORATIVO CON LAS DIFERENTES DISCIPLINAS
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. **JONATHAN IGNACIO FIGUEROA 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 **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 Sr./Sr. **JONATHAN IGNACIO FIGUEROA SALAZAR**.

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
MES año