

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

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

Nombre	ANA MARIA METZNER PAGUEGUY
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	01 ENERO 2026 - 31 DICIEMBRE 2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO
Actividad Especifica	ATENCIÓN DE PÚBLICO Y APOYO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONA MAYORES.

Actividades efectuadas en el mes: ABRIL

BRINDAR INFORMACIÓN PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN EL CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS, ASEGURANDO UNA ORIENTACIÓN DE CALIDAD A LAS PERSONAS MAYORES.
INGRESAR CERTIFICADOS MÉDICOS AL SOCIAL PARA LOS ALUMNOS DE TALLERES DE GIMNASIA.
INSCRIPCIÓN TALLERES Y RETIROS ON LINE.
ARCHIVAR DOCUMENTACIÓN DE LOS RETIROS Y INSCRIPCIONES DE TALLERES EN SUS RESPECTIVAS CARPETAS.
JUSTIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS PROFESORES LAS INASISTENCIAS DE LOS ALUMNOS.
APOYAR EN EL SERVICIO DE BIBLIOTECA A LOS ALUMNOS.
ARCHIVAR CERTIFICADOS MÉDICOS POR ABECEDARIO Y INGRESARLOS A LAS CARPETAS DE LOS PROFESORES.

Firma prestador de los servicios	<i>Ana María Metzner P.</i>
----------------------------------	-----------------------------

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. **Ana María Metzner Pagueguy**, 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 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. **Ana María Metzner Pagueguy**.

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



 VºB DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



ABRIL

 mes de _____
 2026
 año