

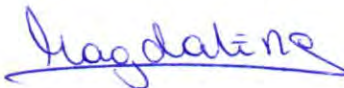
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE
CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

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

Nombre	Magdalena Andrea Nicanor Vargas
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	atención integral y cuidado 2026 - 2027
Período del Contrato	01-01-2026 - 31-12-2026
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Especifica	Gestión y ejecución de los procesos para generar redes de protección y apoyo para personas mayores en condición de vulnerabilidad.



Actividades efectuadas en el mes:

Atención online, telefónica y presencial de usuarios del Servicio de Cuidadores a Domicilio "Subsidio de cuidadores"
Apoyo administrativo en tareas de completar bases de datos y obtener documentación necesaria de usuarios del Servicio de Cuidadores a Domicilio "Subsidio de cuidadores"
Recepción de documentos para subsidio de cuidadoras 2026.
Evaluación social para "Subsidio de cuidadores 2026"
Atención de público para responder demandas espontaneas.
verificación de domicilio para usuarios de "Subsidio de cuidadores"

Firma prestadora de los servicios	
-----------------------------------	--

El jefe del Departamento de Personas Mayores, MARIA ANGELINA ALBA PINUER, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Magdalena Andrea Nicanor Vargas**, 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 cuidado 2026**.

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. **Magdalena Andrea Nicanor Vargas..**

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 año