

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

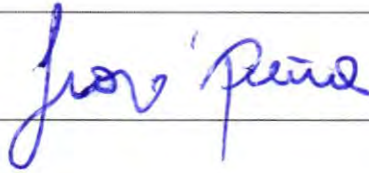
Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO
RUT	██████████
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	07/04/2026 - 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

ORDEN DE SALAS, DISTRIBUCION MOBILIARIO, EQUIPOS TEGNOLOGICOS Y DEPORTIVOS.
APOYO EN LA ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE BODEGAS DEL CÍRCULO DE ADULTO MAYOR ROSA O'HIGGINS.
REPORTE DE DESPERFECTOS Y EJECUCIÓN DE REPARACIONES MENORES SEGÚN CORRESPONDA.
APOYO EN LLAMADOS TELEFONICOS
RECEPCION Y ORIENTACION DE ALUMNOS CORRESPONDIENTE A SU SALA DE CLASES.

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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO**, 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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes año