


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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	IGNACIO FRANCISCO PÉREZ MORAGA
RUT	██████████
Profesión	PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01/2026- 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	GESTIÓN Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE PERSONAS MAYORES A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ÍNDOLE RECREATIVA, TURÍSTICA Y CULTURAL.

Actividades efectuadas en el mes: **ABRIL**

ATENCIÓN AL PÚBLICO EN GENERAL.
LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES A LAS JEFATURAS CORRESPONDIENTES.
TRABAJO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TALLERES PRESENCIALES Y VIRTUALES DURANTE EL AÑO 2026.
ATENCIÓN A PROFESORES DE TALLERES, CONSIDERANDO LA GESTIÓN DE CUPOS Y EL TRABAJO EN CONJUNTO PARA EL INICIO DE LOS TALLERES.
ORGANIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SALAS Y ESPACIOS DE NUESTRO CÍRCULO, AJUSTÁNDOLOS A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA MES.
ATENCIÓN A PROBLEMÁTICAS DE ALUMNOS, PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES Y OTROS REQUERIMIENTOS RELACIONADOS.
REUNIONES SEMANALES CON EQUIPO DE TRABAJO PARA ABORDAR LAS ACTIVIDADES DEL MES.
DIFUSIÓN DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES, A TRAVÉS DE LOS CANALES OFICIALES DE NUESTRO CÍRCULO.
APOYO CON EL PROGRAMA SUBSIDIO ECONÓMICO PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES DE SALUD, CLÍNICA CORDILLERA.
DAR RESPUESTAS RÁPIDAS A CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS.

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 Sr. **Ignacio Francisco Pérez Moraga, 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 del Sr. **Ignacio Francisco Pérez Moraga**.

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




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año