

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


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

Nombre	VALENTINA PAZ RECONDO MUÑOZ
RUT	██████████
Profesión	██
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 -2027.
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO.
Actividad Especifica	APOYAR EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL DESARROLLO DE TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES.

Actividades efectuadas en el mes: **ABRIL**

ATENCIÓN DE PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO Y CORREOS ELECTRONICOS.
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, INSCRIPCIONES ENTRE OTROS)
ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.
APOYO LABORES ADMINISTRATIVAS, TALES COMO: REALIZACIÓN DE MEMOS, CORREOS INSTITUCIONALES, ENTRE OTROS.
PREPARACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CARPETAS PARA PROFESORES DE TALLERES.
APOYO EN LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN EN TALLERES PRESENCIALES U ONLINE.
APOYO CON EL PROGRAMA SUBSIDIO ECONÓMICO PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES DE SALUD, CLÍNICA CORDILLERA.
APOYO EN DIVERSAS ACTIVIDADES DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO.

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 la Sra. **Valentina Paz Recondo Muñoz**, 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 Sra. **Valentina Paz Recondo Muñoz**.

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año