

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

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

Nombre	CRISNY MARIEL RODRIGUEZ HORTA
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026 -2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	PARTICIPAR EN GESTION Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

Actividades efectuadas en el mes: ABRIL

Recepción de fichas de postulación para el Programa
Realización de informes sociales para evaluación para optar al beneficio de cuidadora o ELEAM.
Realización de tareas administrativas asociadas a servicios de cuidados.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas telefónicas diariamente.
En materia administrativa, realización de memos de imputación, decretos de reconocimiento de beneficiarios y certificación para generar pagos tanto para cuidadoras, como para ELEAM.
Orientación y atención integral a beneficiarios y sus familias con relación a los apoyos de la red local y estatal.
Dar seguimiento a los pagos con finanza y tesorería.
Agregar personas mayores orientadas por cualquier medio (atención presencial, correo o teléfono) al ATS.

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. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**, 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 2026-2027**.

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. **Crisny Mariel Rodríguez Horta**.

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