

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

| | |
|------------|--------------|
| Mes | ABRIL |
|------------|--------------|

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | SIN PROFESIÓN |
| Departamento | DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES |
| Programa Social | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027 |
| Período del Contrato | 01 ENERO 2026 AL 31 DICIEMBRE 2026 |
| Actividad Genérica | AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO |
| Actividad Específica | ATENCIÓN DE PÚBLICO Y APOYO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES |

Actividades efectuadas en el mes: ABRIL

| |
|---|
| Atención y orientación integral a vecinos y participantes sobre la oferta programática y actividades del Círculo de Encuentro del Adulto Mayor. |
| Apoyo en la recuperación de claves de acceso para la plataforma de inscripciones online. |
| Recepción y registro de certificados médicos para la habilitación de participantes en actividades físicas. |
| Apoyo administrativo en procesos masivos de inscripción para el ciclo anual 2026. |
| Administración del servicio de biblioteca, gestionando el sistema de préstamos y devoluciones. |
| Seguimiento telefónico y acompañamiento preventivo a alumnos en situación de salud delicada. |
| Difusión y entrega de entradas Teatro Municipal de Las Condes |

| | |
|----------------------------------|--|
| 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. **MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO**, 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. **MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO**.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre jefe de Departamento | MARÍA ANGELINA ALBA PINUER |
| Firma y timbre jefe de Departamento |  |



 VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL mes de 2026 año