

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

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

Nombre	VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID
RUT	██████████
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes:

AGENDAR HORA DE EVALUACIONES PARA INGRESOS A CENTROS DE DÍA
ENVIAR BOLETINES DE SALUD A FAMILIAS Y USUARIOS
CONTROL DE ASISTENCIA DIARIA A PERSONAS MAYORES PRESENCIAL
ORIENTACIÓN AL VECINO
REALIZAR ESTADÍSTICA MENSUAL
RECEPCIÓN DE PERSONAS MAYORES PARA INGRESO A LAS ACTIVIDADES
CONTESTAR CORREOS Y LLAMADOS DE DISTINTAS AREAS MUNICIPALES
INGRESO A PROGRAMA ATS, SEGÚN PRESTACIÓN QUE CORRESPONDA
APOYO A TRABAJO ADMINISTRATIVO DE EQUIPO DE INTERVENCIÓN
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN EN FICHAS DIGITALES DE VALORACIÓN INTEGRAL DE USUARIOS BENEFICIARIOS
APOYO EN JORNADA DE UNIDAD DE MEMORIA DEL HOSPITAL SALVADOR.

Firma prestador de los servicios	<i>Verónica Ruiz Almonacid</i>
----------------------------------	--------------------------------

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/la Sr/a. VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID, 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. VERÓNICA DEL PILAR RUIZ ALMONACID.

Nombre Jefe de Departamento	SRA. ANGELINA ALBA P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

