

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

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

Nombre	ALEJANDRA DAMARY SAAVEDRA ESPINOZA
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-19/04/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	PARTICIPAR EN GESTION Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCION Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes: ABRIL.

Atención de público según días asignado. Martes, miércoles, jueves y viernes
Registro en ATS, atención diaria.
Atención telefónica según demanda.
Recepción de asistencia subsidio cuidadoras.
Respuesta vía mail según demanda.
Postulación y derivación de subsidios.



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. **Alejandra Damary Saavedra Espinoza**, 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. **Alejandra Damary Saavedra Espinoza**.

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 mes de 2026 año

