


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

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

Nombre	FRANCISCA TAPIA JARA
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO 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 PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO, CORREOS Y WHATSAPP
ATENCIÓN Y CANALIZACIÓN DE SOLICITUDES DE PERSONAS MAYORES DE MANERA PRESENCIAL Y VIRTUAL.
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN)
CONTROL DE CERTIFICADOS MÉDICOS VIGENTES Y RECEPCIÓN DE NUEVOS CERTIFICADOS, REQUERIDOS PARA ACTIVIDAD FÍSICA.
APOYO DIGITAL EN POSTULACIÓN A DIVERSOS BENEFICIOS SOCIALES.
APOYO INSCRIPCIONES EN TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE.
REGISTRO DE ESTADÍSTICAS EN ONEDRIVE
ESTADÍSTICAS MENSUALES, REGISTRO INTERNO Y ESCANEADO DE DOCUMENTOS.
APOYO CON EL PROGRAMA SUBSIDIO ECONÓMICO PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES DE SALUD, CLÍNICA CORDILLERA.

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. **FRANCISCA TAPIA JARA**, 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/el Sra./Sr. **FRANCISCA TAPIA JARA**.

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