

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	Angelica Lizana Ledezma
RUT	
Profesión	
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Envejecimiento Activo y Saludable 2026 -2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYO EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN FUNCIONES DEL DEPTO, TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES.

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

Recepción de documentos.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas diariamente.
Atención de público.
Trabajo administrativo.
Entrega de tortas aniversario clubes.
Tramitación de boletas y certificados de pago personal a honorarios del depto.
Reuniones programáticas Depto. personas mayores.
Actualización base de datos en sistema social y Drive.
Visitas clubes de adulto mayor.
Entrega carpetas talleres clubes segundo semestre.

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. **ANGÉLICA LIZANA LEDEZMA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO 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 **AGOSTO 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. **ANGÉLICA LIZANA LEDEZMA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARIA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año