

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

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

Nombre	JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	07/04/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	MONITOR AUXILIAR
Actividad Específica	PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS

Actividades efectuadas en el mes: Agosto

ORDEN DE SALAS, DISTRIBUCION MOBILIARIO, EQUIPOS TEGNOLOGICOS Y DEPORTIVOS.
APOYO EN LLAMADOS TELEFONICOS, SUSPENSIÓN DE CLASES E INICIO DE TALLERES NUEVOS.
APOYO ADMINISTRATIVO EN OPERATIVO PREVENTIVO DE SALUD.
ORDEN Y LIMPIEZA DE UTILES EN ANEXO MARTIN DE ZAMORA.
RECEPCION Y ORIENTACION DE ALUMNOS CORRESPONDIENTE A SU SALA DE CLASES.
MANTENCION DE SILLAS
PREPARACION DE ESTUFAS EN SALAS DE CLASES.
APOYO EN DIFERENTES OPERATIVOS Y CHARLAS DE SALUD.
APOYO RECEPCION EN ANEXO MARTIN DE ZAMORA.

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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO**, 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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER.
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO