

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

|            |               |
|------------|---------------|
| <b>Mes</b> | <b>AGOSTO</b> |
|------------|---------------|

|                      |                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | IGNACIO FRANCISCO PÉREZ MORAGA                                                                                                                            |
| RUT                  |                                                                                                                                                           |
| Profesión            |                                                                                                                                                           |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                                                                                          |
| Programa Social      | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027                                                                                                             |
| Período del Contrato | 01/01/2026- 31/12/2026                                                                                                                                    |
| Actividad Genérica   | GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO                                                                                                                                |
| Actividad Específica | GESTIÓN Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE PERSONAS MAYORES A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ÍNDOLE RECREATIVA, TURÍSTICA Y CULTURAL. |

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATENCIÓN AL PÚBLICO EN GENERAL.                                                                                                      |
| LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES A LAS JEFATURAS CORRESPONDIENTES.                                                                       |
| ATENCIÓN A PROFESORES DE TALLERES, GESTIONANDO CUPOS Y COORDINACIÓN PARA SU BUEN DESARROLLO.                                         |
| ORGANIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SALAS Y ESPACIOS DE NUESTRO CÍRCULO, AJUSTÁNDOLOS A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA MES.          |
| DIFUSIÓN DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES, A TRAVÉS DE LOS CANALES OFICIALES DE NUESTRO CÍRCULO.        |
| APOYO EN ACTIVIDADES MENSUALES: INSCRIPCIÓN A LA ÓPTICA OFTALMOLÓGICA MÓVIL, ENTREGA DE ENTRADAS AL TMS, BALLET ORGULLO Y PREJUICIO. |
| APOYO EN LA INSCRIPCION EN VISITA GUIADA DE INVIERNO, MUSEO HISTÓRICO DOMINICO.                                                      |
| REUNIONES SEMANALES CON EQUIPO DE TRABAJO PARA ABORDAR LAS ACTIVIDADES DEL MES.                                                      |

|                                  |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Firma prestador de los servicios |  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

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 Sr. **Ignacio Francisco Pérez Moraga, 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 del Sr. **Ignacio Francisco Pérez Moraga**.

|                                           |                                                                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento               | MARIA ANGELINA ALBA PINUER                                                           |
| Firma y timbre<br>Jefe de<br>Departamento |  |

  
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026  
mes año