

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

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

Nombre	JUAN CARLOS ROMERO BARRALES
RUT	
Profesión	
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	12/08/2026-31/12/2026
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**

PREPARACIÓN DE SALAS DE CLASES: DISTRIBUCIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS TECNOLÓGICOS, ARTÍCULOS DEPORTIVOS, EQUIPOS DE VENTILACIÓN, SEGÚN NECESIDAD DE CADA TALLER.
MANTENER EL ORDEN Y LA ORGANIZACIÓN DE LAS BODEGAS Y SALAS DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO.
REPOSICIÓN DE INSUMOS DE BAÑOS DEL RECINTO, TALES COMO: PAPEL HIGIÉNICO, PAPEL ABSORBENTE, JABÓN Y ALCOHOL GEL.
APOYO EN LLAMADOS TELEFÓNICOS Y ATENCIÓN DE PÚBLICO, SEGÚN NECESIDAD.
LLEVAR EL MATERIAL REQUERIDO PARA CADA CLASE EN EL TEATRO, SEGÚN LO SOLICITADO, A FIN DE GARANTIZAR EL CORRECTO DESARROLLO DE LOS TALLERES QUE SE REALIZAN EN DICHO ESPACIO, Y RETIRARLO AL FINALIZAR CADA SESIÓN.
INFORMAR SOBRE CUALQUIER DESPERFECTO QUE SE PRESENTE Y COLABORAR EN SU SOLUCIÓN, CUANDO CORRESPONDA, PARA ASEGURAR UNA PRONTA REPARACIÓN.

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 la Sr. **JUAN CARLOS ROMERO BARRALES**, 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 Sr. **JUAN CARLOS ROMERO BARRALES**

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
mes

de

2026
año