

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

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | ENERO |
|-----|-------|

|                      |                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | RODRIGO ANDRÉS BUSTAMANTE CATRILAF                                                                 |
| RUT                  |                                                                                                    |
| Profesión            | ADMINISTRATIVA                                                                                     |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                                   |
| Programa Social      | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027                                                              |
| Período del Contrato | 01/01/2026 - 31/12/2026                                                                            |
| Actividad Genérica   | MONITOR AUXILIAR                                                                                   |
| Actividad Especifica | PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS. |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| RECEPCIÓN Y TRASLADO DE ADULTOS MAYORES AL INTERIOR DEL RECINTO           |
| PREPARAR SALAS DIARIAS PARA ACTIVIDADES ESPECIFICAS DENTRO DEL CENTRO DÍA |
| APOYO EN ACTIVIDADES (COGNITIVO Y FISÍCO)                                 |
| CONTROL DE BODEGAS                                                        |
| ORIENTACIÓN AL VECINO                                                     |
| ABASTECIMIENTO DE MATERIALES A OTROS CENTROS                              |
| PARTICIPACIÓN EN REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO         |
| CONFECCIÓN DE CREDENCIALES PARA PROXIMOS INGRESOS.                        |
| APOYO EN CHARLA 16 DE ENERO                                               |
| AGENDAR HORA DE EVALUACIONES PARA INGRESOS A CENTROS DE DÍA               |

|                                  |                                                                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 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/la Sr. **Rodrigo Andrés Bustamante Catrila**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Enero 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 **Atención integral y cuidado 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 **Enero** 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. Rodrigo Andrés Bustamante Catrila.

|                                     |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento         | Sra. ANGELINA ALBA P.                                                                                                                                                   |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |   |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS