

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

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

|                      |                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA                                                                                                           |
| RUT                  |                                                                                                                                    |
| Profesión            |                                                                                                                                    |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                                                                   |
| Programa Social      | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027                                                                                              |
| Período del Contrato | 01/01/2026-31/12/2026                                                                                                              |
| Actividad Genérica   | GESTOR TECNICO COMUNITARIO                                                                                                         |
| Actividad Especifica | GESTIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD. |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| EJECUCION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA GRUPALES PARA USUARIOS ASISTENTES A CENTRO DE DIA. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**, RUT: XXXXXXXXXX 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 **ATENCION 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. **PAULA ANDREA MUÑOZ LEIVA**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

