

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	ALEJANDRA DAMARY SAAVEDRA ESPINOZA
RUT	
Profesión	
Departamento	PERSONA MAYOR
Programa Social	ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	PARTICIPAR EN GESTION Y EJECUCION DE LOS PROCESOS PARA GENERAR REDES DE PROTECCION Y APOYO PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD.

Actividades efectuadas en el mes: ENERO

Atención de público según días asignado. Lunes, miércoles, jueves y viernes
Registro en ATS, atención diaria.
Atención telefónica según demanda.
Recepción y archivo, asistencia subsidio cuidadoras
Respuesta mail según demanda
Postulación y derivación de subsidio.
Participar de actividades según necesidad del departamento de Persona Mayor.

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

El jefe de Departamento de Persona Mayor, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Alejandra Damari Saavedra Espinoza**, 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. **Alejandra Damari Saavedra Espinoza**.

Nombre Jefe de Departamento	Maria Angelina Alba Pinuer
Firma y timbre Jefe de Departamento	


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
