

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	LUCIA CHACON MORALES
RUT	
Profesión	SIN PROFESION
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	MONITOR AUXILIAR
Actividad Específica	APOYO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS

Actividades efectuadas en el mes: **JULIO**

Apoyo en la recepción centro comunitario centro Padre Hurtado.
Atención de llamados.
Actividades manuales en centro comunitario.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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. **LUCIA CHACON MORALES**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO 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 **JULIO 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. **LUCIA CHACON MORALES**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO