

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | JULIO |
|-----|-------|

|                      |                                                                                                              |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | Angelica Lizana Ledezma                                                                                      |
| RUT                  |                                                                                                              |
| Profesión            |                                                                                                              |
| Departamento         | Personas Mayores                                                                                             |
| Programa Social      | Envejecimiento Activo y Saludable 2026 -2027                                                                 |
| Período del Contrato | 01/01/2026 - 31/12/2026                                                                                      |
| Actividad Genérica   | AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO                                                                                 |
| Actividad Especifica | APOYO EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN FUNCIONES DEL DEPTO, TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES. |

Actividades efectuadas en el mes: **JULIO**

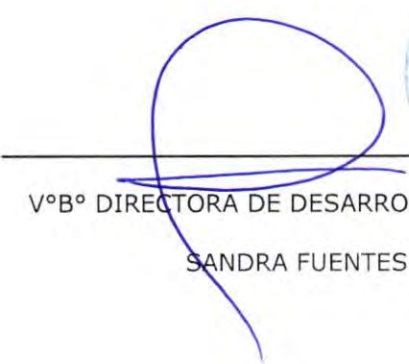
|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recepción de documentos.                                                                        |
| Respuesta a correos electrónicos y llamadas diariamente.                                        |
| Atención de público.                                                                            |
| Trabajo administrativo.                                                                         |
| Entrega de tortas aniversario clubes.                                                           |
| Entrega de leche a clubes adulto mayor más vulnerables.                                         |
| Envío de boletas y certificados de pago personal a honorarios a Depto. De contratos y talleres. |
| Reuniones programáticas Depto. personas mayores.                                                |
| Visitas clubes de adulto mayor.                                                                 |
| Ingreso talleres clubes PSL32.                                                                  |

|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **ANGÉLICA LIZANA LEDEZMA**, RUT: **██████████**, 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. **ANGÉLICA LIZANA LEDEZMA**.

|                                           |                                                                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento               | <b>MARIA ANGELINA ALBA PINUER</b>                                                   |
| Firma y timbre<br>Jefe de<br>Departamento |  |

  
\_\_\_\_\_  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes,       JULIO       de       2026        
                    mes                                    año