

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

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

Nombre	MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	01 ENERO 2026 AL 31 DICIEMBRE 2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	ATENCIÓN DE PÚBLICO Y APOYO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: JULIO

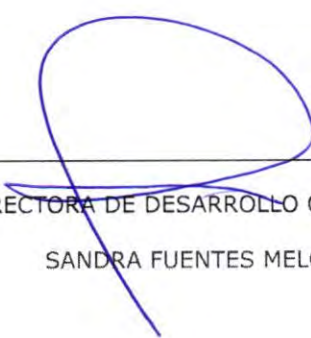
ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CÍRCULO.
APOYO PERMANENTE A VECINOS EN RECUPERACIÓN DE CLAVE DE INSCRIPCIÓN TALLERES.
RECEPCIONAR E INGRESAR CERTIFICADOS MÉDICOS A PLATAFORMA COMPUTACIONAL.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO INSCRIPCIÓN TALLERES ANUALES 2026.
REGISTRO DE ENTREGA Y DEVOLUCIÓN DE LIBROS DE LA BIBLIOTECA DEL CÍRCULO
SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A ALUMNOS CON SITUACIÓN DE SALUD DELICADA.
ORIENTACIÓN A VECINOS Y PARTICIPANTES DE TALLERES SOBRE INSCRIPCIÓN Y RENOVACIÓN DEL SUBSIDIO DE SALUD.
DIFUSIÓN E INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES MENSUALES, PASEO POR EL DÍA, VISITA GUIADA, CICLO DE CINE, CHARLA Y OPERATIVO DE SALUD MÓVIL.
ORIENTACIÓN A VECINOS DE 72 AÑOS Y MÁS SOBRE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INSCRIPCIÓN ESTACIONAMIENTOS GRATUITOS EMPRESA SIMPLE PARK.

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. **MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **JULIO 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, Sra. **MARÍA EUGENIA ROJAS LAZO**.

Nombre jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

JULIO

mes

de

2026

año