

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

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | JUNIO |
|-----|-------|

|                      |                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | MARCELA ALEJANDRA YANTEN MORALES                                                   |
| RUT                  |                                                                                    |
| Profesión            |                                                                                    |
| Departamento         | PERSONAS MAYORES                                                                   |
| Programa Social      | ATENCION INTEGRAL Y CUIDADO 2026-2027                                              |
| Período del Contrato | 01/01/2026 - 31/12/2026                                                            |
| Actividad Genérica   | AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO                                                       |
| Actividad Especifica | PARTICIPAR EN LA ATENCION INTEGRAL A ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE DIA. |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyo en las actividades diarias del equipo de intervención.                                                                                                                  |
| Cumplimiento de tareas de enfermería.                                                                                                                                         |
| Recepción y traslado seguro de los usuarios al interior del recinto.                                                                                                          |
| Asistencia en urgencias médicas (situaciones de emergencia, colaboración activa y manejo de usuarios afectados siguiendo protocolos establecidos para la atención inmediata). |
| Orientación y apoyo a usuarios dependientes guiándolos en las actividades diarias.                                                                                            |
| Atención a usuarios con déficit auditivo y/o visual, con el propósito de que lleven a cabo actividades de manera independiente y segura.                                      |
| Mantenimiento de la sala de primeros auxilios en condiciones óptimas.                                                                                                         |
| Archivo y organización de documentos de usuarios.                                                                                                                             |
| Monitoreo semanal de beneficiarios ausentes.                                                                                                                                  |
| Participar en la atención integral a adultos mayores que participan a Centros de Días                                                                                         |
| Confección de credenciales para próximos ingresos al centro de día.                                                                                                           |
| Apoyo a usuarios en solicitud de Traslado (Uber, taxi, etc), llamados a familiares.                                                                                           |
| Apoyo celebración Día del Padre                                                                                                                                               |

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Firma prestador de los servicios | <i>M. Yantén</i> |
|----------------------------------|------------------|

**El jefe del 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. Marcela Alejandra Yantén Morales, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **JUNIO 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 **Junio 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. Marcela Alejandra Yantén Morales..

|                                     |                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento         | Sra. Angelina Alba P.                                                              |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO