

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

Mes	MAYO
------------	-------------

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: **Mayo**

Atención y Orientación Integral personalizada a vecinos y participantes, orientando sobre la oferta programática de talleres y actividades del Círculo.
Gestión de Inscripciones y Soporte Digital en el proceso de inscripciones anuales 2026, incluyendo el apoyo técnico en la recuperación de claves y la asistencia en registros para talleres en modalidad online.
Recepcionar y validar certificados médicos para la práctica de actividad física. Realizar seguimiento telefónico alumnos con estados de salud delicados.
Orientar a la comunidad en la obtención y renovación del subsidio de salud.
Gestionar la entrega de entradas para el Teatro Municipal de Las Condes e inscripciones para operativos de vacunación y salud.
Administrar el sistema de préstamos y devoluciones de libros de biblioteca del recinto.
Registrar las inscripciones para reuniones informativas de viajes y eventos mensuales.
Actualización periódica en carpetas de talleres en relación a nuevas personas vigentes y retirados de cada taller.



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 MAYO 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 **MAYO 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	


 VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, MAYO mes de 2026 año