

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	AGOSTO
Nombre	DORIS ELENA CABEZAS CONA
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES / CÍRCULO DE ENCUENTRO DEL ADULTO MAYOR ROSA O´HIGGINS ANEXO MARTIN DE ZAMORA
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: Agosto

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL ANEXO DEL CÍRCULO ROSA OHIGGINS.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN, RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE. COORDINACIÓN RECUPERACIÓN TALLERES Y LLAMADOS TELEFÓNICOS.
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE CARPETAS DE PROFESORES.
PREPARACIÓN MATERIAL INFORMATIVO PARA DIARIO MURAL.
ADECUACIÓN DE SALAS DE CLASES, SEGÚN NECESIDAD.
ENTREGAS DE GUÍAS COGNITIVAS DEL MES POR BASE DE DATOS Y DEMANDA ESPONTÁNEA

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe del Departamento de Personas Mayores (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **DORIS ELENA CABEZAS CONA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Envejecimiento activo y saludable 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto de 2025**; 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. **DORIS CABEZAS CONA**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	CARMEN ARIAS CASTRO
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año