

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

|            |               |
|------------|---------------|
| <b>Mes</b> | <b>AGOSTO</b> |
|------------|---------------|

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nombre               | Angelica Lizana Ledezma   |
| RUT                  | ██████████  |
| Profesión            | Técnico Administración de Empresas  |
| Departamento         | Personas Mayores  |
| Programa Social      | Envejecimiento Activo y Saludable 2025  |
| Período del Contrato | 01-01-2025 - 31-12-2025   |
| Función Genérica     | AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO  |
| Función Especifica   | APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A ADULTOS MAYORES |

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

|   |
|---|
| Recepción de documentos talleres y clubes de adulto mayor.                                      |
| Respuesta a correos electrónicos y llamadas diariamente.  |
| Atención de público por atención de talleres clubes.  |
| Ingreso /egresos PSL 12 - PSL 32, talleres y clubes de personas mayores.                        |
| Supervisión talleres clubes personas mayores.   |
| Coordinación y solicitud de contratación profesores de talleres PSL 32.                         |
| Entrega tortas socios clubes personas mayores.  |
| Entrega de leches socios clubes personas mayores.   |
| Trabajo administrativo talleres y clubes.   |
| Envío de boletas y certificados de pago personal a honorarios a Depto. De contratos y talleres. |
| Reemplazo secretaria Depto.   |

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores (S) **CARMEN ARIAS CASTRO**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **ANGELICA LIZANA LEDEZMA**, 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. **ANGELICA LIZANA LEDEZMA**.

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Nombre Jefe de Departamento (S)     | <b>CARMEN ARIAS CASTRO</b>   |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
**CAROLINA CONTRERAS BERRIOS**


Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año