

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	IGNACIO FRANCISCO PÉREZ MORAGA
RUT	██████████
Profesión	PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ABRIL DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	EJECUTAR LOS PROCESOS PARA REFORZAR LA AUTOVALENCIA DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ÍNDOLE RECREATIVA, TURÍSTICA Y CULTURAL.

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

COORDINACIÓN EN EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE TALLERES, REVISIÓN LIBROS DE ASISTENCIA Y OTROS.
ATENCIÓN AL PÚBLICO EN GENERAL ASISTENTES A TALLERES.
ATENCIÓN A PROFESORES, VER CUPOS, OTROS.
PREPARACIÓN Y DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES MENSUALES, TAMIZAJE AUDITIVO, CENTRO AYUDA AUDITIVA SENTIR.
COORDINAR Y ORGANIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SALAS Y ESPACIOS DE NUESTRO CÍRCULO ACORDES A LAS NECESIDADES DE CADA MES.
LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES A LAS JEFATURAS CORRESPONDIENTES.
ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN EN BASE A LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES SURGIDAS DE LAS ATENCIONES A SOCIOS Y ASISTENTES A TALLERES.
DIFUSIÓN, ENTREGA DE ENTRADAS Y APOYO EN LA PRESENTACIÓN DE LA OBRA DE TEATRO GLENGARRY GLEN ROSS.
REUNIONES SEMANALES CON EQUIPO DE TRABAJO PARA COORDINAR ACTIVIDADES DEL MES.
DIFUSIÓN DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES, A TRAVÉS DE LOS CANALES OFICIALES DE NUESTRO CÍRCULO.
APOYO EN LA DIFUSIÓN Y COLABORACIÓN EN EL BINGO MAYOR, EN LA SALA DE TEATRO DEL PUEBLO ARTESANAL LOS DOMINICOS.
DAR RESPUESTAS RÁPIDAS A CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS.

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 **Ignacio Francisco Pérez Moraga**, RUT XXXXXXXXXX, 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. **Ignacio Francisco Pérez Moraga**.

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