

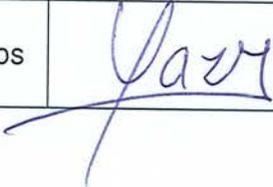
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	VALENTINA PAZ RECONDO MUÑOZ
RUT	██████████
Profesión	INGENIERIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS.
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 HASTA 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A ADULTOS MAYORES.

Actividades efectuadas en el mes: AGOSTO

ATENCIÓN DE PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO Y CORREOS ELECTRÓNICOS.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
ENTREGA DE INVITACIONES A OBRAS DE TEATRO EN TMLC, TALES COMO: HISTORIA DE AMOR PARA UN ALMA VIEJA Y GLENGARRY GLEN ROSS.
ARCHIVO DIARIO DE DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES, FICHAS DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS Y OTROS.
ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.
PREPARACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CARPETAS PARA PROFESORES DE TALLERES.
INSCRIPCIÓN DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES TALES COMO: CHARLA TALLER DE SALUD AUDITIVA, CAMINATAS DE INVIERNO, VISITAS GUIADAS DE INVIERNO Y CHARLA DE SIMPLE PARK.
APOYO LABORES ADMINISTRATIVAS, TALES COMO: REALIZACIÓN DE MEMOS, CORREOS INSTITUCIONALES, ENTRE OTROS.
INSCRIPCIÓN Y APOYO EN LA ACTIVIDAD DE BINGO MAYOR.
APOYO DIARIO EN LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS LIBROS DE TALLERES, MEDIANTE LA EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN DESDE LA PLATAFORMA SOCIAL

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. **Valentina Paz Recondo Muñoz**, 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. **Valentina Paz Recondo Muñoz**.

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


 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año