

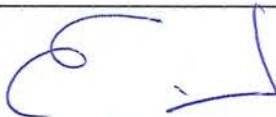
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	MARIA EUGENIA ROJAS LAZO
RUT	██████████
Profesión	ENSEÑANZA MEDIA COMPLETA
Departamento	DEPTO. DE PERSONAS MAYORES/ CIRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01/ ENERO 2025 AL 31/DICIEMBRE / 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDOS ADULTOS MAYORES

Actividad es efectuadas en el mes:

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CÍRCULO.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
INSCRIPCIÓN NUEVOS TALLERES AGOSTO-SEPTIEMBRE Y CONFIRMACIÓN DE DIVERSAS ACTIVIDADES /SERVICIOS PROGRAMADAS PARA LAS PERSONAS MAYORES.
RECEPCIÓN E INGRESOS DE FICHAS DE SALUD Y CERTIFICADOS MÉDICOS AL SISTEMA SOCIAL
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, ENTRE OTROS)

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. **María Eugenia Rojas Lazo**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el 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. **María Eugenia Rojas Lazo**

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


 VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año