

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

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

Nombre	VERONICA MARIELA SAAVEDRA POZO
RUT	
Profesión	ENSEÑANZA MEDIA COMPLETA
Departamento	DE PERSONAS MAYORES / CÍRCULO DE ENCUENTRO DEL ADULTO MAYOR ROSA O´HIGGINS
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 PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO, CORREOS Y WHATSAPP
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
PREPARACIÓN DE CARPETAS PARA PROFESORES DE TALLERES.
INSCRIPCIÓN A DIFERENTES ACTIVIDADES DEL CÍRCULO
EXTRACCIÓN Y SELECCIÓN DE INFORMACIÓN PLANILLA GENERAL PARTICIPANTES EN TALLERES: PSL 30 Y PSL 01
PREPARACIÓN DE ESTADISTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, CERTIFICADOS MÉDICOS, ENTRE OTROS)
APOYO LABORES ADMINISTRATIVAS, TALES COMO: REALIZACIÓN DE MEMOS, CORREOS INSTITUCIONALES, ENTRE OTROS.
APOYO TELEFÓNICO PARA INGRESO AL CAMPUS LAS CONDES
ACTUALIZACIÓN CARPETAS PROFESORES DE TALLERES
REGISTRO DE ESTADISTICAS EN ONEDRIVE

Firma prestador de los servicios	Saavedra P.
----------------------------------	-------------

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. **VERÓNICA MARIELA SAAVEDRA POZO**, 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. **VERONICA SAAVEDRA POZO**.

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