

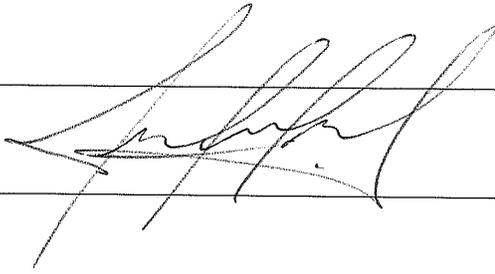
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	David Israel Torres Cabezas
RUT	██████████
Profesión	Administrador público, tercer año
Departamento	GESTION DE TALLERES
Programa Social	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO
Período del Contrato	01-01-2025 al 31-12-2025
Función Genérica	Auxiliar técnico comunitario
Función Especifica	Ejecutar el proceso de mantención del sistema computacional de talleres y atender los requerimientos de la comunidad

Actividades efectuadas en el mes:

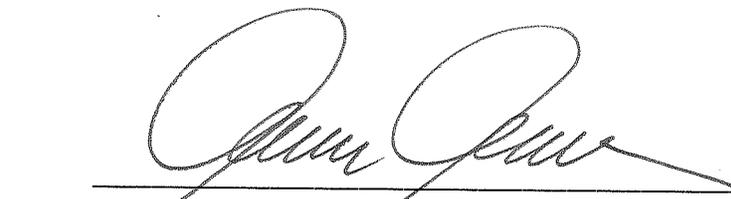
Anulación de cobros distintos PSL, y giros correspondientes al mes en curso
Reinicio de claves a vecinos y recuperación de esta para el ingreso de la plataforma de inscripciones
Gestión de inscripciones en cursos de juntas de vecinos para el mes de julio
Gestión de renunciaciones de talleres por sistema de desarrollo social.
Atención y orientación a profesores para plataforma virtual y talleres presenciales en juntas de vecinos
Gestión y atención a través de correo institucional
Atención presencial a la comunidad.
Atención y orientación online.
Atención telefónica, resolviendo dudas y consultas de la comunidad.
Revisión de deudas de talleres en sistema social.
Gestión de exenciones de pagos por directivos y exención de discapacidad.
Gestión en la asistencia y orientación telefónica y presencial para el ingreso de vecinos a la plataforma online de talleres

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **DAVID ISRAEL TORRES CABEZAS**, 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 **TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 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. **DAVID ISRAEL TORRES CABEZAS**

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año