

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

| | |
|------------|---------------|
| Mes | AGOSTO |
|------------|---------------|

| | |
|----------------------|--|
| Nombre | LUKAS EDUARDO VIDAL TOBAR |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | TÉCNICO EN ELECTRICIDAD NIVEL MEDIO. |
| Departamento | DEPTO. DE PERSONAS MAYORES. |
| Programa Social | "ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025". |
| Período del Contrato | 1 DE ENERO 2025 A 31 DE DICIEMBRE 2025. |
| Función Genérica | MONITOR AUXILIAR. |
| Función Específica | PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDAD Y ENTREGA DE SERVICIOS. |

Actividades efectuadas en el mes: AGOSTO

| |
|---|
| REPOSICIÓN DE INSUMOS DE BAÑOS DEL RECINTO, TALES COMO PAPEL HIGÉNICO, PAPEL ABSORBENTE Y JABÓN. |
| INFORMAR DE LOS DESPERFECTOS QUE SE PRESENTEN Y COLABORAR EN SU SOLUCIÓN, SI CORRESPONDE. |
| PREPARACIÓN DE SALAS DE CLASES: DISTRIBUCIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS TECNOLÓGICOS, ARTÍCULOS DEPORTIVOS, EQUIPOS DE CALEFACCIÓN, SEGÚN NECESIDAD DE CADA TALLER. |
| ORGANIZACIÓN Y ORDEN DE BODEGAS DEL CÍRCULO DE ADULTO MAYOR. |
| PREPARACIÓN DE SALAS PARA CHARLA Y OPERATIVO DE AUDICIÓN REALIZADOS DURANTE EL MES. |
| APOYO EN LA INSCRIPCIÓN A DIFERENTES ACTIVIDADES DEL CÍRCULO: VISITA GUIADA, FIESTA PASAMOS AGOSTO, OBRA DE TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES. |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Firma prestador de los servicios | <i>lukas V.</i> |
|----------------------------------|-----------------|

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. **Lukas Eduardo Vidal Tobar**, 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. **Lukas Eduardo Vidal Tobar**

| | |
|---|---|
| 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