

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
Nombre	DORIS ELENA CABEZAS CONA
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES.

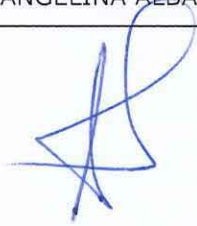
Actividades efectuadas en el mes: DICIEMBRE

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL ANEXO CÍRCULO ROSA OHIGGINS.
LABORES ADMINISTRATIVAS, RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ORLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ORLINE. COORDINACIÓN RECUPERACIÓN TALLERES Y LLAMADOS TELEFONICOS.
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE CARPETAS DE PROFESORES.
PREPARACIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO PARA DIARIO MURAL.
ADECUACIÓN DE LAS SALAS DE CLASES, SEGÚN NECESIDAD.
ENTREGA DE GUIAS COGNITIVAS DEL MES POR BASE DE DATOS Y DEMANDA ESPONTÁNEA.

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **DORIS ELENA CABEZAS CONA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **DICIEMBRE de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **DICIEMBRE 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. **DORIS ELENA CABEZAS CONA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER.
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, DICIEMBRE. de 2025
mes año