

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

Mes	DICIEMBRE
Nombre	FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA
RUT	
Profesión	
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 CÍRCULO.
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.
RECEPCION Y ENVÍO DE DOCUMENTOS PARA DIVERSOS PROGRAMA SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES.
EXTRACCIÓN Y SELECCIÓN DE INFORMACION PLANILLA GENERAL PARTICIPANTES EN TALLERES: PSL 01
ENTREGAS DE GUÍAS COGNITIVAS DEL MES POR BASE DE DATOS Y DEMANDA ESPONTÁNEA
APOYO TELEFÓNICO PARA INGRESO AL CAMPUS LAS CONDES
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, CERTIFICADOS MEDICOS, ENTRE OTROS).
ATENCIÓN PERSONALIZADA PARA PERSONAS MAYORES PARTICIPANTES EN TALLERES ONLINE EN LA INSTALACIÓN Y ACTUALIZACIÓN TEAMS

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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. **FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA**, RUT XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **Dicimbre 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. **FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	<i>[Handwritten signature]</i> 

[Handwritten signature]

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

