

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	DORIS ELENA CABEZAS CONA
RUT	[REDACTED]
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 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: **Octubre**

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL ANEXO DEL CÍRCULO ROSA OHIGGINS.
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE CARPETAS DE PROFESORES.
COORDINACION MENSUAL
ENTREGAS DE GUÍAS 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 **Octubre 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 suscripto, 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 **Octubre 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, OCTUBRE 2025
mes de año