

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

| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|
|-----|---------|

| | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Fabiola Edith Fuentes Fuenzalida |
| RUT | [REDACTED] |
| Profesión | Secretaria |
| Departamento | Gestión Territorial |
| Programa Social | Centros Comunitarios 2025 |
| Período del Contrato | 01 de enero – 31 de diciembre 2025 |
| Actividad Genérica | Auxiliar Técnico Comunitario |
| Actividad Específica | Prestar asistencia y apoyo en la infraestructura y servicio para el buen desarrollo de actividades para la comunidad. |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención presencial y telefónica de público, respeto a información, gestión de documentos, fotocopias y/o algún requerimiento. |
| Revisión de carpetas de asistencia de los diferentes talleres que imparte el Centro Comunitario y pasar la asistencia de los participantes en la planilla del PC. |
| Registrar todo tipo de atención que se realice en el Centro Comunitario. |
| Solicitar materiales de oficina cuando se requieran. |
| Elaborar todo tipo de documentos administrativo del Centro Comunitario. |
| Registro a diario de vecinos participe de talleres y actividades extraprogramáticas |

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

La Directora de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Fabiola Edith Fuentes Fuenzalida** RUT: [REDACTED] B, 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 **Centros Comunitarios 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 **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. **Fabiola Edith Fuentes Fuenzalida**.

| | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Directora de Desarrollo Comunitario | CAROLINA CONTRERAS BERRIOS |
| Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario |   |


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, OCTUBRE 2025
mes de año