

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

Mes	OCTUBRE
Nombre	Angelica Lizana Ledezma
RUT	
Profesión	Técnico Administración de Empresas
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Envejecimiento Activo y Saludable 2025
Período del Contrato	01-01-2025 - 31-12-2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A ADULTOS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: **OCTUBRE**

Recepción de documentos talleres y clubes de adulto mayor.
Respuesta a correos electrónicos y llamadas diariamente.
Atención de público por atención de talleres clubes.
Ingreso /egresos PSL 12 - PSL 32, talleres y clubes de personas mayores.
Supervisión talleres clubes personas mayores.
Coordinación profesores de talleres PSL 32.
Entrega tortas socios clubes personas mayores.
Evaluación talleres clubes primer semestre 2025.
Trabajo administrativo talleres y clubes.
Envío de boletas y certificados de pago personal a honorarios a Depto. De contratos y talleres.
Apoyo en secretaria depto. Personas mayores.

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. **ANGELICA LIZANA LEDEZMA**, RUT: XXXXXXXXXX, 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 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. **ANGELICA LIZANA LEDEZMA**.

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

*[Handwritten signature]*



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS