

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

| | |
|----------------------|--|
| Mes | OCTUBRE |
| Nombre | Magdalena Andrea Nicanor Vargas |
| RUT | |
| Profesión | Administrativo |
| Departamento | Personas Mayores |
| Programa Social | atención integral y cuidado 2025 |
| Período del Contrato | 01-01-2025 – 31-12-2025 |
| Actividad Genérica | Auxiliar técnico |
| Actividad Específica | atención social y acompañamiento a adultos mayores de 80 años y más. |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|--|
| Atención online, telefónica y presencial de usuarios del Servicio de Cuidadores a Domicilio "Subsidio de cuidadores" |
| Apoyo administrativo en tareas de completar bases de datos y obtener documentación necesaria de usuarios del Servicio de Cuidadores a Domicilio "Subsidio de cuidadores" |
| Apoyo en actividades y eventos planificados por el depto. De personas mayores. |
| Recepción de documentos para reevaluación subsidio de cuidadoras 2026. |
| Atención de público, asesoramiento de documentos para reevaluación subsidio de cuidadoras 2026. |
| recepción de asistencias labores de servicio comunitario. |

Firma prestador de los servicios

Magdalena

El jefe del Departamento de Personas Mayores MARIA ANGELINA ALBA PINUER, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Magdalena Andrea Nicanor Vargas**, 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 atención integral y cuidado 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. **Magdalena Andrea Nicanor Vargas**.

Nombre Jefe de Departamento

Angelina Alba

Firma y timbre
Jefe de
Departamento

[Signature and circular stamp of the Department of Adult Development, Municipality of Las Condes]

[Signature and circular stamp of the Director of Community Development, Municipality of Las Condes]

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS