

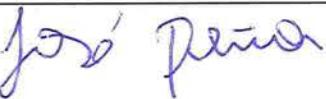
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

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

Nombre	JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO
RUT	[REDACTED]
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Actividad Genérica	MONITOR AUXILIAR
Actividad Específica	PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS

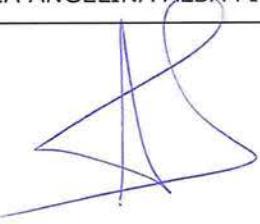
Actividades efectuadas en el mes: Octubre

PREPARACIÓN DE SALAS DE CLASES: DISTRIBUCIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS TECNOLÓGICOS, ARTÍCULOS DEPORTIVOS, EQUIPOS DE VENTILACIÓN Y CALEFACCIÓN, SEGÚN NECESIDAD DE CADA TALLER.
APOYO EN LABORES ORGANIZACIÓN DE BODEGAS DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS.
INFORMAR DE LOS DESPERFECTOS QUE SE PRESENTEN Y COLABORAR EN SU SOLUCIÓN, SI CORRESPONDE.
REPOSICIÓN DE INSUMOS DE BAÑOS DEL RECINTO, TALES COMO PAPEL HIGIÉNICO, PAPEL ABSORBENTE Y JABÓN.
APOYO EN EVENTOS MASIVOS ORGANIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES.
APOYO EN LLAMADOS TELEFÓNICOS Y ATENCIÓN DE PÚBLICO, SEGÚN NECESIDAD.

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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO**, 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 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. **JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

