


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

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

Nombre	VALENTINA PAZ RECONDO MUÑOZ
RUT	
Profesión	INGENIERÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS.
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025.
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 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**

ATENCION DE PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO Y CORREOS ELECTRONICOS.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
ENTREGA DE INVITACIONES: IV ENCUENTRO INTERGENERACIONAL DE COROS, CONCIERTO ANDREA TESSA MAS CHILE GOSPEL TMLC, CAMINATAS PRIMAVERALES PARQUE AGUAS DE RAMÓN.
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, ENTRE OTROS)
ELABORACIÓN DE ESTADISTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.
PREPARACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CARPETAS PARA PROFESORES DE TALLERES.
EXTRACCIÓN Y SELECCIÓN DE INFORMACIÓN DESDE PLAFORMA SOCIAL PARA TALLERES.
APOYO LABORES ADMINISTRATIVAS, TALES COMO: REALIZACIÓN DE MEMOS, CORREOS INSTITUCIONALES, ENTRE OTROS.
APOYO EN DIVERSAS FUNCIONES DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO.

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores, **María 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. **Valentina Paz Recondo Muñoz**, 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. **Valentina Paz Recondo Muñoz**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

OCTUBRE

mes

de

2025

año