

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

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

Nombre	MARIA EUGENIA ROJAS LAZO
RUT	[REDACTED]
Profesión	SIN PROFESIÓN.
Departamento	DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES.
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025.
Período del Contrato	01/ ENERO 2025 AL 31/DICIEMBRE / 2025.
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO.
Actividad Específica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDOS ADULTOS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes:

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CÍRCULO.
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
INSCRIPCIÓN DE DIVERSAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS PROGRAMADAS PARA LAS PERSONAS MAYORES: TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES, TALENTO MAYOR Y CAMINATAS PARQUE AGUAS DE RAMÓN.
COORDINACIÓN SEMANAL DE HORAS SERVICIO SOPORTE EMOCIONAL
RECEPCIÓN E INGRESOS DE FICHAS DE SALUD Y CERTIFICADOS MÉDICOS AL SISTEMA SOCIAL MUNICIPAL
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES: FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS Y JUSTIFICACIONES.

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. **MARIA EUGENIA ROJAS LAZO**, 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 con el 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. **MARIA EUGENIA ROJAS LAZO**

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




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS