

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

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

Nombre	VERONICA MARIELA SAAVEDRA POZO
RUT	██████████
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	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: Octubre

ATENCION PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO, CORREOS Y WHATSAPP
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
PREPARACIÓN DE CARPETAS PARA PROFESORES DE TALLERES.
INSCRIPCIÓN A DIFERENTES ACTIVIDADES DEL CÍRCULO
EXTRACCIÓN Y SELECCIÓN DE INFORMACIÓN PLANILLA GENERAL PARTICIPANTES EN TALLERES: PSL 30 Y PSL 01
PREPARACIÓN DE ESTADISTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, CERTIFICADOS MÉDICOS, ENTRE OTROS)
APOYO LABORES ADMINISTRATIVAS, TALES COMO: REALIZACIÓN DE MEMOS, CORREOS INSTITUCIONALES, ENTRE OTROS.
ACTUALIZACIÓN CARPETAS PROFESORES DE TALLERES
REGISTRO DE ESTADISTICAS EN ONEDRIVE

Firma prestador de los servicios	Saavedra P.
----------------------------------	-------------

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. **VERÓNICA MARIELA SAAVEDRA POZO**, 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. **VERÓNICA MARIELA SAAVEDRA POZO**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS