

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

| | |
|----------------------|--|
| Mes | OCTUBRE |
| Nombre | FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | TÉCNICO EN ASISTENTE SOCIAL |
| Departamento | PERSONAS MAYORES |
| Programa Social | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025 |
| Período del Contrato | 01/01/2025 – 31/12/2025 |
| Actividad Genérica | AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO |
| Actividad Específica | APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES |

Actividades efectuadas en el mes: Octubre

| |
|--|
| ATENCIÓN 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. |
| RECEPCION Y ENVÍO DE DOCUMENTOS PARA DIVERSOS PROGRAMA SOCIALES DEL DEPARTAMENTO ADULTO MAYOR |
| PREPARACIÓN Y ACTUALIZACIÓN MATERIAL INFORMATIVO PARA DIARIO MURAL |
| ENTREGAS DE GUÍAS COGNITIVAS DEL MES POR BASE DE DATOS Y DEMANDA ESPONTÁNEA |
| APOYO TELEFÓNICO PARA INGRESO AL CAMPUS LAS CONDES |
| ATENCIÓN PERSONALIZADA PARA PERSONAS MAYORES PARTICIPANTES EN TALLERES ONLINE EN LA INSTALACIÓN Y ACTUALIZACIÓN TEAMS |

| | |
|----------------------------------|---|
| 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. **FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA**, 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. **FRANCISCA PAOLA TAPIA JARA**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS