

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

Mes	Octubre
-----	---------

Nombre	David Israel Torres Cabezas
RUT	[REDACTED]
Profesión	Sin profesión
Departamento	GESTION DE TALLERES
Programa Social	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO
Período del Contrato	01-01-2025 al 31-12-2025
Actividad Genérica	Auxiliar técnico comunitario
Actividad Específica	Ejecutar el proceso de mantenimiento del sistema computacional de talleres y atender los requerimientos de la comunidad

Actividades efectuadas en el mes:

Anulación de cobros distintos PSL, y giros correspondientes al mes en curso
Gestión de renuncias de talleres por sistema de desarrollo social
Atención y orientación a profesores para plataforma virtual y talleres presenciales en juntas de vecinos
supervisión presencial de taller de junta de vecinos que se realizan en centros comunitarios
Gestión y atención a través de correo institucional
Atención presencial a la comunidad, para revisión de deudas impagadas
Atención y orientación online.
Atención telefónica, resolviendo dudas y consultas de la comunidad. Atención teléfonos de central telefónica para talleres comunitarios Revisión de deudas de talleres en sistema social.
Gestión de exenciones de pagos por discapacidad.
Gestión en la asistencia y orientación telefónica y presencial para el ingreso de vecinos a la plataforma online de talleres
Gestión y control de planilla de suspensiones y recuperaciones de clases de profesores del psl 14 y psl 01

Firma prestador de los servicios



El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **DAVID ISRAEL TORRES CABEZAS**, 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 **TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 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. **DAVID ISRAEL TORRES CABEZAS**

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS