

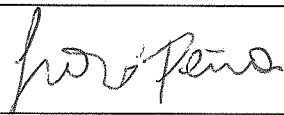
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE FUNCIONES AÑO 2025.

|     |            |
|-----|------------|
| Mes | SEPTIEMBRE |
|-----|------------|

|                      |                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | JOSE DIEGO ARNALDO PEÑA GAJARDO                                                                   |
| RUT                  |                                                                                                   |
| Profesión            | SIN PROFESIÓN                                                                                     |
| Departamento         | DE PERSONAS MAYORES                                                                               |
| Programa Social      | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025                                                            |
| Período del Contrato | 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2025                                                               |
| Función Genérica     | MONITOR AUXILIAR                                                                                  |
| Función Específica   | PREPARAR LOS ESPACIOS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE TALLERES, ACTIVIDADES Y ENTREGA DE SERVICIOS |

Actividades efectuadas en el mes: Septiembre

|                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREPARACIÓN DE SALAS DE CLASES: DISTRIBUCIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS TECNOLÓGICOS, ARTÍCULOS DEPORTIVOS, EQUIPOS DE VENTILACIÓN Y CALEFACCIÓN, SEGÚN NECESIDAD DE CADA TALLER. |
| APOYO EN LABORES ORGANIZACIÓN DE BODEGAS DEL CÍRCULO DE ADULTO MAYOR.                                                                                                         |
| INFORMAR DE LOS DESPERFECTOS QUE SE PRESENTEN Y COLABORAR EN SU SOLUCIÓN, SI CORRESPONDE.                                                                                     |
| REPOSICIÓN DE INSUMOS DE BAÑOS DEL RECINTO, TALES COMO PAPEL HIGIÉNICO, PAPEL ABSORBENTE Y JABÓN.                                                                             |
| APOYO EN EVENTOS MASIVOS ORGANIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE ADULTO MAYOR.                                                                                                     |
| APOYO EN LLAMADOS TELEFÓNICOS Y ATENCIÓN DE PÚBLICO, SEGÚN NECESIDAD.                                                                                                         |
| APOYO ACTIVIDADES FIESTAS PATRIAS                                                                                                                                             |

|                                  |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **JOSE DIEGO PEÑA GAJARDO**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Septiembre 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. **JOSE DIEGO PEÑA GAJARDO**.

|                                           |                                                                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento               | ANGELINA ALBA PINUER                                                                |
| Firma y timbre<br>Jefe de<br>Departamento |  |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

SEPTIEMBRE

mes

de

2025

año