

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	DORIS ELENA CABEZAS CONA
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026- 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	ATENCION DE PÚBLICO Y APOYO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: **ENERO**

ATENCION Y ORIENTACIÓN DIARIA A VECINOS, SOCIOS Y PARTICIPANTES DE LOS DIVERSOS TALLERES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CÍRCULO ROSA OHIGGINS.
PREPARACIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO PARA DIARIO MURAL.
APOYO A LOS VECINOS EN PROCESO DE INSCRIPCION A TALLERES PRESENCIALES A TRAVES DE LA PAGINA WWW.LASCONDES.CL
INGRESOS AL SOCIAL DE FICHA DE SALUD ALUMNOS DEL CIRCULO ROSA O ´HIGGINS.
APOYO DE POSTULACIÓN A SUBSIDIO DERECHO DE ASEO.
LLAMADOS TELEFONICOS HA ALUMNOS CON VACANTES DISPONIBLES PARA TALLERES DE VERANO.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe de 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. **DORIS ELENA CABEZAS CONA**, RUT XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO de 2026**, 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 2026-2027**.

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 **ENERO de 2026**; 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. **DORIS ELENA CABEZAS CONA**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

ENERO

mes

de

2026

año