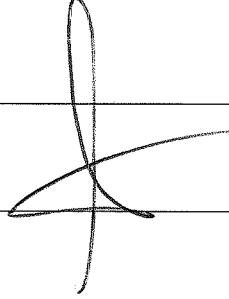


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	ABRIL
Nombre	Viviana del Carmen Gonzalez Muñoz
RUT	[REDACTED]
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	Adulto Mayor
Programa Social	PROGRAMA APOYO AL PRESUPUESTO FAMILIAR DE LA PERSONA MAYOR
Período del Contrato	01/01/2025 al 31/12/2025
Función Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Función Específica	Coordinar los Procesos de Postulación, Evaluación y Selección de Adultos Mayores postulantes a subsidios Económicos

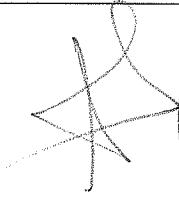
Actividad es efectuadas en el mes: Abril

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención Social por demanda espontánea de las prestaciones otorgadas por el Depto. de adulto Mayor • Ingreso de postulantes al Subsidio económico Devolución de los Derechos de Aseo durante el año calendario • Evaluación Social de Postulantes a Subsidios económicos del programa Apoyo al Presupuesto Familiar • Digitalización y revisión de documentación para la postulación a los subsidios económicos de Apoyo al presupuesto Familiar en plataformas del SII, TGR, RSH, Plan regulador y ATS. • Evaluación de postulantes al "Subsidio para Cubrir Gastos en Transporte Público para personas Mayores" durante el año calendario • Atención de Llamados telefónicos, derivación y orientación sobre los diferentes Programas de Departamento del Adulto Mayor • Apoyo en todo lo que el departamento de adulto mayor requiera (actividades masivas con usuarios u otras) • Solicitud de informe de imputación para los Beneficiarios del Subsidio de Transporte 2025, entre otros . |
|---|

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

El Jefe del Departamento de María Angelina Alba Pinuer, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. Viviana del Carmen Gonzalez Muñoz, **RUT:** [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Apoyo Presupuesto Familiar de la Persona Mayor **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 **Abril** 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. Viviana del Carmen Gonzalez Muñoz .

Nombre Jefe Departamento	Maria Angelina Alba Pinuer
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes, ABRIL mes 2025 año