

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



Mes	ABRIL
Nombre	PENA QUEZADA CAROLINA
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	GESTION TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	ATENCIÓN PROFESIONAL ESPECÍFICA EN LAS ÁREAS ASISTENCIAL O PSICOLÓGICA. PROFESIONAL DE APOYO EN LAS ACTIVIDAD RELACIONADAS CON EL BUEN USO DEL TIEMPO LIBRE.

Actividad es efectuadas en el mes:

Realización de atenciones de casos agendados, por demanda espontánea y en dupla psicosocial.
Realizar visitas domiciliarias a casos sociales y en dupla psicosocial
Realizar evaluaciones sociales para incorporar a los beneficiarios (as) a Programas de Alimentos, Pañales, el Respiro, Vulnerables y para la entrega de subsidios municipales.
Brindar apoyo en la postulación de Subsidios y beneficios Estatales y trabajo en red con otras dependencias Municipales, tales como, Red de protección, Aseo y Ornato, Inversión en la Comunidad, entre otros.
Elaboración de informes sociales a solicitud del Depto. de Subsidios y Programas Sociales para la acreditación socioeconómica de becas de la Educación superior. Además, de informes sociales para el mismo fin requeridos directamente en nuestro Centro Comunitario.
Desarrollar informes a solicitud de vecinos (as) para entrega de caja de alimentos de emergencia.
Reunión de coordinación y planificación de actividades para el año 2025
Participacion en reunión de coordinación de viajes y actividades para jornada familiar de los centros comunitarios.
Aplicar encuestas de percepción, satisfacción, participación y fidelización a los vecinos del sector Santa Zita
Participación y apoyo en actividad de Pascua en el Centro Comunitario
Participación y apoyo en Fiesta del recuerdo de los años 80 y 90.

[Handwritten signature]

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. **Carolina Pena Quezada**

Nombre Jefe Departamento (s)	Carlos Vasquez Salgado
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes, Abril de 2025
Mes año