

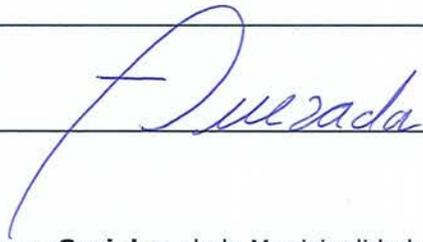
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA
RUT	██████████
Profesión	TECNICO SOCIAL DE NIVEL SUPERIOR
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérico	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifico	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

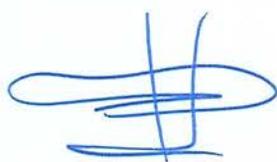
Actividad es efectuadas en el mes:

➤ Contacto telefónico con Vecinos que requieren atención de nuestro departamento.
➤ Atención y Orientación a Vecinos que lo requieran.
➤ Coordinación de Asignaciones de horas de Atención Social Integral a Profesionales.
➤ Participación en reunión de equipo.
➤ Participación en capacitaciones.
➤ Llamados telefónicos a los Vecinos, para solicitud de documentación requerida.
➤ Realizar Visitas Domiciliarias.

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

La Jefa del Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Apoyo Social Integral**.

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 **AGOSTO** 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. **PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA**

Nombre Jefa del Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefa de Departamento	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año