

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

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

Nombre	VIVIANA IRMA ÁLVAREZ VERA
RUT	██████████
Profesión	ENSEÑANZA MEDIA COMPLETA
Departamento	GESTIÓN TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS 2025
Período del Contrato	01 de enero 2025 - 31 de diciembre 2025
Función Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	PRESTAR ASISTENCIA Y APOYO EN LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PARA EL BUEN DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD.

Actividad es efectuadas en el mes:

Encargada de apertura y cierre de espacios del Centro Comunitario.
Apoyo en el orden de materiales en la sala.
Apoyar en orden y cuidado de la infraestructura.
Coordinar la utilización y prestamos del mobiliario a otras dependencias municipales y/o comunidad.
Tener información actualizada respecto a la asignación de espacios.
Participar en todas las actividades en el Centro Comunitario.
Durante el desarrollo del Programa de Invierno 2025, preparar salas, materiales, y apoyo en el orden de las actividades realizadas.
Encargada de apertura y cierre de espacios del Centro Comunitario.



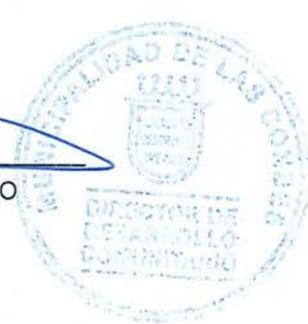
Firma prestador de los servicios

VIVIANA ALVAREZ

El jefe del Departamento de Gestión Territorial (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Viviana Irma Álvarez Vera**, 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 **Centros Comunitarios 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 **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. **Viviana Irma Álvarez Vera**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	Juan Ignacio Pino Manubens
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año