

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

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

Nombre	CARREÑO CABAÑA VERONICA
RUT	██████████
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	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.

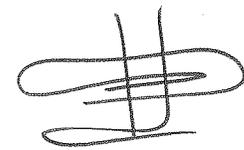
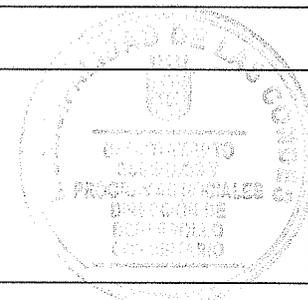
Actividad es efectuadas en el mes:

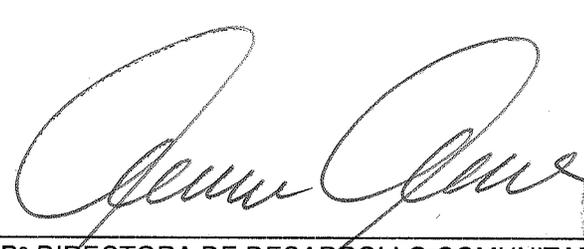
1.-Coordinación Programa Subsidio de Arriendo, para personas en situación de vulnerabilidad: Confección de documentos para la asignación de beneficios (Solicitud de imputación / Decretos) para beneficiarios, certificación de pagos mensuales, revisión de postulaciones e incorporación a programa, labores administrativas, entre otras funciones.
2.-Coordinación Programa Insumos Medicos, intervención social.
3.-Actualización base de datos Programa Insumos Médicos. Ingreso y egresos de beneficiarios.
4.-Visitas Domiciliarias para asignación de beneficios, seguimiento y acompañamiento, Programa Insumos Médicos.
5.- Realización de informes de imputación y decretos Programa Insumos Médicos.
6.-Coordinación red de salud existente. Solicitud recetas médicas, derivación y otros.
7.- Atención presencial por demanda espontanea tutores y/o cuidadores, de beneficiarios Programa Insumos Médicos, envió de correos y atención telefónica.
8.-Atención telefónica y vía correo electrónico, de vecinos que requieren orientación sobre beneficios Municipales y Estatales.
9.-Atención presencial, telefónica y vía correo electrónico, de vecinos que solicitaron hora de atención, de acuerdo con planilla semanal de asignación de casos sociales.
10.-Revisión de documentación, tramitación de beneficios sociales de acuerdo con planilla de atención social semanal. Ingreso de beneficios a nomina drive. Visitas domiciliarias por programa atención social integral.
11.-Realización de Ficha Socioeconómica para postulación a beneficios estudiantiles de educación superior
12.-Curso Derechos de los niños, niñas y adolescentes para funcionarios y funcionarias públicas. Aprobado

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 Srta. **Verónica Andrea Carreño Cabaña**, 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 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 Srta. Verónica Carreño Cabaña.

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


 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año