

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	AGOSTO 2025
-----	-------------

Nombre	OSVALDO ALBERTO CORREA INOSTROZA
RUT	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA, CON CARGO AL PROGRAMA APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025.

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención de público -
Confección de rutas con visitas domiciliarias para encuestadora Registro Social de Hogares
Ingreso solicitudes de los vecinos al RSH (Registro Social de Hogares)
Digitación RSH, solicitudes logradas en visitas domiciliarias por encuestadora
Visitas en terreno RSH y otros
Participación en reuniones de equipo RSH y otros
Orientaciones a vecinos sin RSH que lo solicitan
Anfitrión una vez a la semana
Atención telefónica

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

El Jefe 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. **Oswaldo Alberto Correa Inostroza**, 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 **ATENCIÓN 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/el Sra./Sr. **Oswaldo Alberto Correa Inostroza**

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Muller
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

Agosto

mes

de

2025

año