

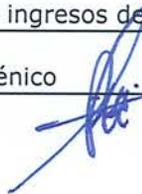
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

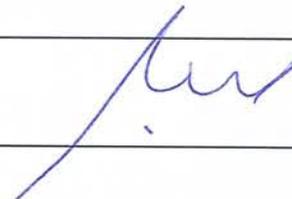
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ESCOBAR SAAVEDRA MARIA ELVIRA
RUT	██████████
Profesión	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
Departamento	GESTION TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS 2025
Período del Contrato	01/01 - 31/12
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	PRESTAR ASISTENCIA Y APOYO EN LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PARA EL BUEN DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD.

Actividades efectuadas en el mes:

Atención y orientación a vecinos según su demanda.
Registro de atenciones y actividades en el drive.
Registro de asistencia diaria de los diferentes talleres
Participación en las reuniones de equipo del centro comunitario
Confección y envío de memos y documentos según necesidades.
Registro de beneficiarios para la celebración de Fiesta Winter.
Registro de beneficiarios para la celebración del Día del Niño.
Apoyo en la coordinación con personal de aseo para el orden y limpieza del Centro Comunitario.
Manejo programa social y Ofpa.
Manejo de toda la documentación del Centro Comunitario.
Control, confección y registro de Actas de salidas e ingresos de materiales.
Supervisión y solicitud de Nova, Jabón y Papel higiénico



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

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. **Maria Elvira Escobar Saavedra**, 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. **Maria Elvira Escobar Saavedra**.

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


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

