

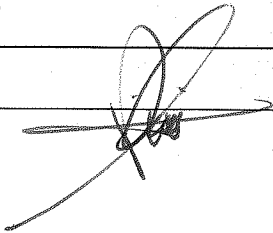
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.

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

Nombre	Patricio Andrés Flores Rivera
RUT	
Profesión	Educación Media Completa
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Tarjeta Vecino de Las Condes
Período del Contrato	01-01-2025 AL 31-12-2025
Función Genérica	Auxiliar Técnico Comunitario
Función Específica	Ejecutar el proceso definido para atender la demanda de la comunidad de obtener la Tarjeta Vecino de Las Condes.

Actividades efectuadas en el mes:

Atención presencial a la demanda de la comunidad de Tarjeta Vecino.
Atención y orientación telefónica a la demanda de la comunidad de Tarjeta Vecino.
Gestión y atención de Tarjeta Vecino a través de correo institucional.
Orientación a la comunidad sobre Subsidios, Beneficios, Clínica Cordillera, Registro Social de Hogares, Veterinaria entre otras, y para el uso de la Tarjeta Vecino.
Atender asignaciones que se realizan por la página web para sacar la Tarjeta Vecino tipo Residente, Trabajador y Estudiante.
Apoyo en la gestión de Tarjeta Vecino en otras dependencias municipales.
Gestión de Tarjeta Vecino a través de solicitudes del Registro Social de Hogares.
Gestión y atención de Tarjeta Vecino imprimiendo la tarjeta física.

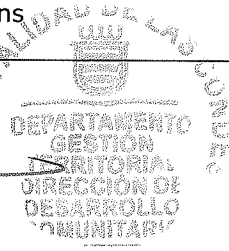


Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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. **Patricio Andrés Flores Rivera**, 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 **TARJETA VECINO DE LAS CONDES 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. **Patricio Andrés Flores Rivera**.

Nombre Jefe de Departamento(S)	Juan Ignacio Pino Manubens
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	<i>[Handwritten signature]</i> 

[Handwritten signature]


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS