

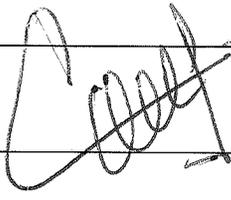
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS
RUT	██████████
Profesión	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA

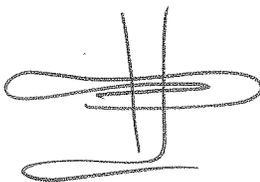
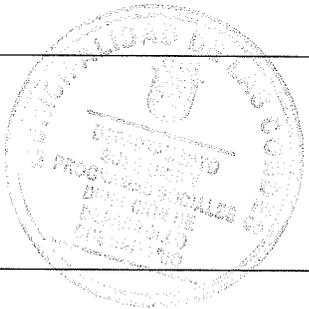
Actividad es efectuadas en el mes:

Atención de público vía demanda espontanea, presencial y virtual de Reforma previsional (PGU, PBSI, APSI, BPH)
Atención de público vía demanda espontanea, presencial y virtual de Pilar Solidario (SUF, SUM, RN, SAP)
Atención de caso Registro Social de Hogares presencial
Apoyo labores administrativas subsidio padres y tutores que trabajan
Agenda de horas sociales
Revisión de documentos para atención social integral
Facturación subsidio Agua Potable
Archivo de documentos programas estatales y municipales
Certificación de facturas

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 Sr/a. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**, 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 **ATENCION 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. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**

Nombre Jefa Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER
Firma y timbre Jefa Departamento	 


 Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año