

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

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

Nombre	MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER
RUT	
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
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.

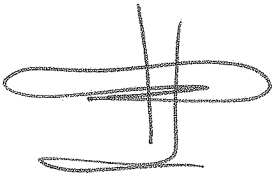
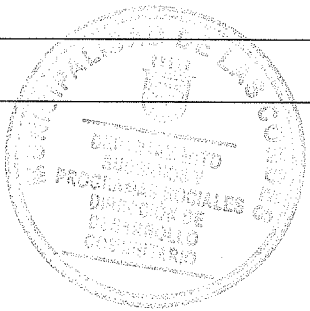
Actividad es efectuadas en el mes:

Visitas domiciliarias a familias de la comuna invitando a participar del programa seguridades y oportunidades.
Realiza acompañamiento integral en la trayectoria eje de 47 familias del programa seguridades y oportunidades.
Asistencia a reunión con jefatura y equipo del Programa Familia
Reuniones de coordinación intra municipal
Realiza registro de actividades en ATS
Realiza orientación a familias participantes del programa seguridades y oportunidades.
Realiza orientación telefónica a vecinos en demanda espontanea
Realiza registro de sesiones en sistema del programa Familias del ministerio de desarrollo social
Realiza monitoreo de familias seleccionadas para ingreso a programa emprendamos semilla de Fosis (sistema SPP)
Realiza Curso N°14 Programa de ayudas técnicas para personas con discapacidad impartida por chile cuida en colaboración con academia Senadis

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. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**, 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/el Sra./Sr. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**.

Nombre Jefe de Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER
Firma y timbre Jefe de Departamento.	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año