

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

Mes	Agosto 2025
------------	--------------------

Nombre	CLAUDIA QUIJADA CANALES
RUT	██████████
Profesión	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	REGISTRO SOCIAL DE HOGARES 2025
Período del Contrato	5 de mayo hasta 30 de Junio del 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	APOYAR EN LA ATENCION DE PÚBLICO, GESTIONANDO LAS SOLICITUDES DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES Y SU APLICACIÓN EN TERRENO, CONFORME A PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL CON CARGO AL PROGRAMA DE GOBIERNO REGISTRO SOCIAL DE HOGARES (RSH).

Actividad es efectuadas en el mes:

- Aplicación del Formularios RSH en terreno
- Aplicación del Formulario anexo actualización localización y vivienda en terreno
- Digitalización de los diferentes formularios.
- Atención de Público presencial y por canales remotos (mail, teléfono).
- Orientaciones vinculadas a la gestión de acciones del RSH

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. **Claudia Quijada Canales**, 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 **Registro Social de Hogares 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. **Claudia Quijada Canales**

Nombre Jefa Departamento	Sra. Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefe Departamento	


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Agosto de 2025
mes año