

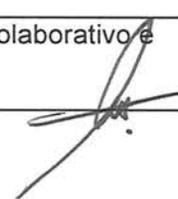
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

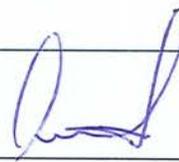
<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	SAAVEDRA FUENTES ANA CRISTINA
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	GESTION TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS
Período del Contrato	01/06/2025; 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	ATENCION PROFESIONAL ESPECÍFICA EN LAS ÁREAS ASISTENCIAL O PSICOLÓGICA. PROFESIONAL DE APOYO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL BUEN USO DEL TIEMPO LIBRE.

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención y asesoría a personas; familias de la comuna de Las Condes, entregando orientaciones sobre beneficios sociales, tanto internos como externos (estatales).
Atenciones psicosociales con un enfoque integral, orientadas a abordar diversas problemáticas de manera articulada, reconociendo las dimensiones individuales, familiares y comunitarias involucradas.
Se elaboran informes sociales, para ser presentados en distintas entidades (sociales, educacionales, comunitarias, entre otras), con el objetivo de dar respuesta a distintas necesidades y requerimientos presentados por vecinos/as.
Apoyo en la preparación y montaje de la ornamentación para la celebración del Día de la Niñez realizada en el Estadio Patricia junto a los Centros Comunitarios.
Inscripción y verificación del registro de inscritos del Día de la Niñez.
Apoyo en la organización, convocatoria e inscripción de la actividad inter-clubes para los adultos mayores.
Se asiste a reuniones de coordinación del equipo técnico, favoreciendo el trabajo colaborativo e interdisciplinario.



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. **Ana Cristina Saavedra Fuentes**, 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. **Ana Cristina Saavedra Fuentes**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	JUAN IGNACIO PINO MANUBENS
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025  
 mes año