

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

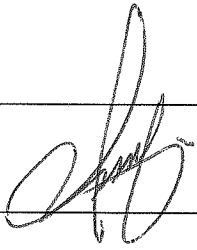
DE FUNCIONES AÑO 2025.

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

Nombre	MAKARENA FABIOLA SALVIAT SALVIAT
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01/01/2025 AL 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

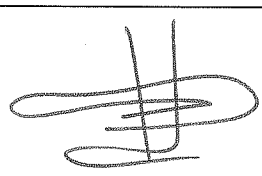
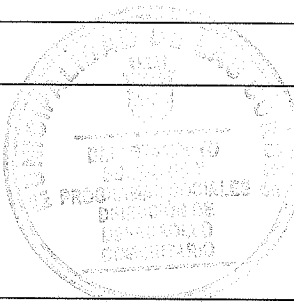
Actividad es efectuadas en el mes:

Evaluación integral para asignación de Beneficios Sociales a vecinos de las Condes
Resolver dudas y dar orientaciones ante diferentes consultas de vecinos.
Coordinación intra y extra municipal.
Participación activa en instancias de reunión y capacitación propias del Depto. y del municipio.
Realización de informes socioeconómicos para Tribunales.
Otorgar hora de atención social integral para postular a los subsidios que dispone el departamento.
Realización de calendarios de atención social, visitas domiciliarias y anfitriones del departamento correspondientes al mes de agosto del 2025.
Asignación de casos sociales derivados por colegas de otras unidades municipales.
Realización de visitas domiciliarias.

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. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**, 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. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**.

Nombre Jefa de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefa de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año