

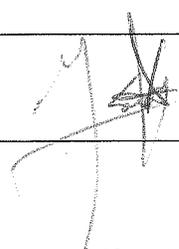
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	SOTO ALIAGA YOSELYN
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12
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.

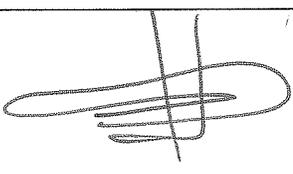
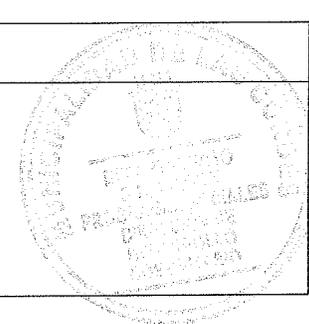
Actividad es efectuadas en el mes:

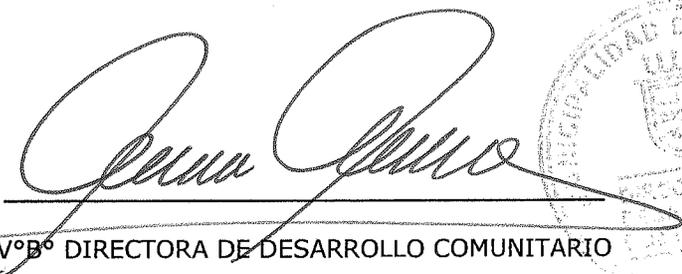
Atención de casos sociales.
Orientar y gestionar beneficios municipales a los vecinos/as de la comuna de Las Condes.
Reuniones de coordinación con subprograma educación.
Dar respuesta a vecinos mediante correo electrónico y/o teléfono sobre postulación y resultados de subsidio a la educación (Vestuario Escolar, Escolaridad y Superior).
Realización de entrevistas sociales en dependencias municipales.
Revisión y gestión de Ted de pagos de Superior 2025
Seguimiento a depósitos de Subsidio Superior 2025
Realización de visitas domiciliarias.
Realizar evaluación a jóvenes de empleo juvenil (2 estudiantes)

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 **Yoselyn Daniela Soto Aliaga**, 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. **Yoselyn Daniela Soto Aliaga**.

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




V^oB^o DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Agosto de 2025
mes año