

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	VALERIA IVONNE MIRANDA SOTO
RUT	
Profesión	
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01/01 - 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad 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:

Encargada del Programa de Apoyo Alimenticio perteneciente al Dpto. de Programas Sociales asegurando su adecuada implementación y cumplimiento de objetivos.
Preparación y envío de la nómina mensual correspondiente al mes de diciembre de beneficiarios del programa de apoyo alimenticio.
Recepción de solicitudes y derivaciones de usuarios/as realizadas por profesionales del dpto. de programas sociales para el ingreso al programa de apoyo alimenticio.
Atención presencial y virtual (correos electrónicos y llamados telefónicos) para consultas y solicitudes de los beneficiarios del programa de apoyo alimenticio.
Realización de visitas domiciliarias del dpto. de programas sociales, con el fin de evaluar y verificar las condiciones socioeconómicas de las familias beneficiarias.
Realización de evaluaciones socioeconómicas de vecinos en situación de vulnerabilidad para determinar su acceso a beneficios municipales.
Supervisión de la correcta entrega de las cajas de alimentos a los beneficiarios, asegurando que el proceso se realice de acuerdo con los criterios establecidos por el programa.
Actualización de la nómina correspondiente al segundo y tercer intento de entrega de las cajas de alimentos, debido a cambios de domicilio, número telefónico u otras modificaciones informadas por los beneficiarios.
Citación a personas beneficiarias del programa de apoyo alimenticio que requieren ingresar a un tercero autorizado mediante documentos que se encuentra en dependencias municipales.
Registro de atenciones, llamados telefónicos de los beneficiarios del departamento en el sistema de ATS.
Retiro de cajas de alimentos desde el centro de acopio, incluyendo aquellas cajas que se denominan como objetadas y las cajas de emergencia.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

La Jefa del Departamento de Programas Sociales (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **Valeria Ivonne Miranda Soto**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratada 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Diciembre** 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 Sra. **VALERIA IVONNE MIRANDA SOTO**.

Nombre Jefa de Departamento (S)	Jessica Fernández Arraño
Firma y timbre Jefa de Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS