

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS AÑO 2025.

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

Nombre	SYLVIA PATRICIA MORALES ACEVEDO
RUT	
Profesión	
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01-01-2025 / 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

Actividad es efectuadas en el mes:

ASIGNAR HORAS A VECINOS PARA EVALUACION SOCIAL CON PROFESIONALES.
VERIFICO DATOS EN ATS, TARJETA VECINO Y REGISTRO SOCIAL DE HOGARES.
ACTUALIZO DIRECCION, TELEFONO Y CORREO DEL VECINO.
INGRESO A PLANILLA EXCELL DATOS DEL VECINO PARA OTORGAR LA HORA.
ENTREGA DE FORMULARIOS PARA ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS Y LLENARLOS.
ATENCION PILAR SOLIDARIO, SUF, SAP Y PGU.
LLAMADOS PARA CONFIRMACION DE HORAS ENTREVISTA CON TRABAJADOR SOCIAL.
INGRESO ATS CON REQUERIMIENTOS DE SOLICITUD DE HORA, COORDINACION TELEFONICA O POR CORREO.
ANFITRION EN INGRESO A DEPENDENCIAS.
APOYO EN ENTREGA DE CAJAS DE ALIMENTOS.
APOYO EN ENTREGA DE INFORMACION DE CONTRIBUCIONES Y FIRMA EN ALZA.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

El Jefe del Departamento de Programas Sociales (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Sylvia Morales Acevedo**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios 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 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 Srta. **Sylvia Morales Acevedo**.

Nombre	JESSICA FERNANDEZ ARRAÑO
Jefe de Departamento (S)	
Firma y timbre Jefe de Departamento (S).	<i>[Handwritten signature]</i> 

[Handwritten signature]
V°B DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, Diciembre de 2025
 mes año