

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
Nombre	MAKARENA FABIOLA SALVIAT SALVIAT
RUT	
Profesión	
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01/2025 AL 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	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.

Actividades 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.
Coordinar, asignar y supervisar las tareas al interior de la sección “admisión”.
Realización de calendarios de atención social, visitas domiciliarias y anfitriones del departamento correspondientes al mes de diciembre del 2025.
Asignación de casos sociales derivados por colegas de otras unidades municipales.
Realización de visitas domiciliarias.
Realización de postulaciones a la devolución de derechos de aseo.
Registro de datos y atenciones realizadas en sistema interno ATS.
Revisión de nóminas IMED de Clínica Cordillera.

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

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. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**, 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/el Sra./Sr. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	JESSICA FERNÁNDEZ ARRAÑO
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS