LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	JULIO

Nombre	RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS
RUT	[redacted]
Profesión	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención de público vía demanda espontanea, presencial y virtual de Reforma previsional (PGU, PBSI, APSI, BPH)
Atención de público vía demanda espontanea, presencial y virtual de Pilar Solidario (SUF, SUM, RN, SAP)
Agenda de horas sociales
Revisión de documentos para atención social integral
Facturación subsidio Agua Potable
Archivo de documentos programas estatales y municipales
Orientación y entrega de cartola RSH
Orientación y apoyo en la gestión de postulación a Subsidio Eléctrico

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Firma prestador de los servicios	

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO de 2025,** a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **ATENCION 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 **JULIO** 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. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES RUT DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, JULIO (mes) de 2025 (año)