LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

| Mes | JULIO |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre | MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER |
| RUT | [redacted] |
| Profesión | ASISTENTE SOCIAL |
| Departamento | DE PROGRAMAS SOCIALES |
| Programa Social | APOYO SOCIAL INTEGRAL |
| Período del Contrato | 01/01/2025 - 31/12/2025 |
| Función Genérica | GESTOR TECNICO COMUNITARIO |
| Función 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. |

Actividad es efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Visitas domiciliarias a familias de la comuna invitando a participar del programa seguridades y oportunidades. |
| Realiza acompañamiento integral en la trayectoria eje de 47 familias del programa seguridades y oportunidades. |
| Asistencia a reunión con jefatura y equipo del Programa Familia |
| Reuniones de coordinación intra municipal |
| Realiza registro de actividades en ATS |
| Asiste a actividades de capacitación en línea y presenciales. |
| Realiza orientación a familias participantes del programa seguridades y oportunidades. |
| Realiza orientación telefónica a vecinos en demanda espontanea |
| Realiza registro de sesiones en sistema del programa Familias del ministerio de desarrollo social |
| Realiza monitoreo de familias seleccionadas para ingreso a programa emprendamos semilla de Fosis (sistema SPP) |

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. MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER, 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 **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 **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. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**.

| | |
|---|---|
| Nombre Directora de Desarrollo Comunitario | CAROLINA CONTRERAS BERRIOS |
| Firma y timbre de Directora de Desarrollo Comunitario | |

Las Condes, JULIO (mes) de 2025 (año)