

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

Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	Florencia Belén Sabat Sepúlveda
RUT	██████████
Profesión	Socióloga
Departamento	Presupuesto, Planificación y Estudios
Programa Social	Planificación Social y Estudios 2025
Período del Contrato	16-06-2025 / 15-09-2025
Función Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Función Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividad es efectuadas en el mes:

<p>Despliegue territorial y trabajo en terreno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a centros comunitarios y juntas de vecinos para distribuir afiches informativos sobre la encuesta. • Entrega de orientaciones claras para promover la participación informada de las personas cuidadoras. • Intervención directa en terreno para visibilizar la instancia de diagnóstico y fomentar el involucramiento comunitario.
<p>Contacto y levantamiento de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de llamadas telefónicas a personas cuidadoras para aplicar la encuesta o, según preferencia, enviar el formulario por correo electrónico. • Acompañamiento y resolución de dudas para asegurar una participación efectiva y ética.
<p>Gestión de redes y articulación interinstitucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vínculos con fundaciones, centros terapéuticos y organizaciones sociales pertinentes al ámbito del cuidado, con el fin de difundir y respaldar el proceso. • Coordinación de espacios y apoyos para ampliar la cobertura del diagnóstico participativo.
<p>Diseño metodológico y técnicas cualitativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de directrices para la realización de grupos focales, incluyendo objetivos, perfil de participantes y marco temático. • Selección de técnicas participativas apropiadas y definición de materiales de apoyo para su implementación efectiva.
<p>Construcción técnica y conceptual del diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la justificación técnica y teórica del Diagnóstico Participativo de Personas Cuidadoras, fundamentada en evidencia nacional y local. • Sistematización de antecedentes relevantes del contexto demográfico, sanitario y social de las personas cuidadoras. • Construcción de la propuesta metodológica general, con enfoque participativo, perspectiva de género y énfasis en el reconocimiento de saberes situados.

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

La Directora de la Dirección de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **Florencia Belén Sabat Sepúlveda** 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 **Planificación Social y Estudios 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 Sra. **Florencia Belén Sabat Sepúlveda**

Nombre Directora Dirección de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berríos
Firma y timbre Directora Dirección de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes, _____ julio _____ de _____ 2025
mes año