

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	Osvaldo Alberto Correa Inostroza
RUT	
Profesión	Sin Profesión
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01 - 31/12
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE MANDE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA, CON CARGO AL PROGRAMA APOYO SOCIAL INTEGRAL

Actividades efectuadas en el mes:

ATENCION DE PUBLICO
INGRESOS Y CONFECCION DE SOLICITUDES AL REGISTRO SOCIAL DE OGARES (RSH)
DIGITACION RSH, SOLICITUDES LOGRADAS EN TERRENO POR ENCUESTADORES-AS
VISITAS EN TERRENO RSH Y OTROS
PARTICIPACION EN REUNIONES DE EQUIPO RSH Y OTROS
ORIENTACION A VECINOS QUE SOLICITAN RSH
ATENCION TELEFONICA RSH OTROS PROGRAMAS
ANFITRION UNA VEZ A LA SEMANA

Firma prestador de los servicios

O. Correa B

El jefe del Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Oswaldo Alberto Correa Inostroza**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **OCTUBRE 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 **ATENCION 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 la suscrita, 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 **Octubre 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. **OSVALDO ALBERTO CORREA INOSTROZA**.

Nombre Jefe de Departamento	SOLEDAD AGURTO MULLER
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año