

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

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

Nombre	MONICA CRUZ PEÑA
RUT	
Profesión	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01/01/2025 AL 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE MANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

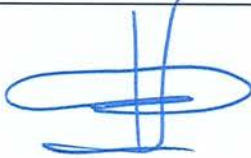

atención presencial a vecinos y asignación de horas.
Resolución de dudas y orientación en diversas consultas realizadas por vecinos.
coordinación con unidades internas y externas al municipio.
Participación en reuniones y capacitaciones propias del Departamento y el Municipio.
atención de solicitudes vía correo electrónico: agendar hora y respuesta a vecinos.
gestión y coordinación de tickets asociados a requerimiento de atención al vecino.
Entrega de cajas objetadas y emergencia correspondiente al Programa Apoyo Alimenticio
Rendición cajas de alimentos (emergencia y objetadas) a las encargadas del Programa.
Apoyo en distintos programas municipales según requerimientos.
función de anfitriona: entrega de números, orientación a vecinos para derivación de atenciones a diferentes programas dentro del departamento.
Ingreso y registro a ATS de cada atención realizada y hora asignada de cada vecino.
Contestar teléfono con solicitudes de agendamiento de hora.

Firma prestador de los servicios



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. **Mónica Cruz Peña**, 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 **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 **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. **Mónica Cruz Peña**.

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