

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

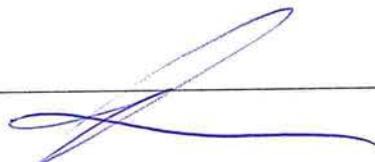
Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	Julio Escobar Arriagada
RUT	[REDACTED]
Profesión	Relacionador Público
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Organizaciones Comunitarias 2025
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Participo en la coordinación y asisto a reuniones con juntas de vecinos.
Propongo y realizo la programación de actividades de capacitación.
Atiendo a vecinos que requieren ingresar reclamos o consultar casos del Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC)
Contacto y coordino con Centros Comunitarios y otras unidades las actividades del programa de capacitación de la Sección de Organizaciones Comunitarias y Sociales.
Contacto a las organizaciones vecinales y vecinos para la coordinación de actividades y eventos de la Sección Organizaciones Comunitaria y Sociales.
Genero diseños gráficos como propuesta para las actividades de la Sección Organizaciones Comunitarias y Sociales.
Participo en la generación gráficas para presentaciones y otras de la Dirección de Desarrollo Comunitario y de la Sección de Organizaciones Comunitarias y Sociales.
Realizo la cobertura fotográfica de las actividades y eventos de la Sección de Organizaciones Comunitarias y Sociales y otras unidades.

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 Sr. **Julio Escobar Arriagada**, RUT: **2112112-1** 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 Organizaciones Comunitarias 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 suscripto, 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 **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 del Sr. **Julio Escobar Arriagada**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE mes de 2025 año