

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

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

Nombre	HERNAN ANDRES GARATE LOPEZ
RUT	
Profesión	PUBLICISTA Y COMUNICADOR SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA

Resumen de actividades efectuadas:

ASIGNACION DE HORAS PARA ATENCION SOCIAL
REVISION DE DOCUMENTOS PARA EVALUACION AL ASISTENTE SOCIAL
INGRESO AL ATS DE REQUERIMIENTO SEGÚN PROCESO
COORDINACION DE AGENDA CON BENEFICIARIOS
VISITAS DOMICILIARIAS
BUSCAR Y ORDENAR EXPEDIENTES
ANFITRION EN INGRESO A DEPENDENCIAS
APOYO COMUNITARIAS EN ACTIVIDADES
ENTREGA DE CAJAS ALIMENTOS DE EMERGENCIA
ATENCION DE LLAMADAS POR OPERADORA PARA HORAS DE ATENCION SOCIAL
ORIENTAR A VECINOS EN ATENCION SOCIAL INTEGRAL POR CONSULTAS EN DEPARTAMENTOS O AREAS DE INTERES SEGÚN REQUERIMIENTOS QUE OFRECE LA COMUNA
DERIVAR CASOS DE ATENCION SOCIAL INTEGRAR AL ASISTENTE SOCIAL RESPECTIVO
ATENCION PILAR SOLIDARIO Y ORIENTACION, SEGÚN REQUERIMIENTO AL VECINO
RESPUESTA INTERNA DE TICKET ATENCION AL VECINO VIA CORREO ELECTRONICO

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. **Hernán Gárate López**, 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. **Hernán Andrés Gárate López**.

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