

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

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

Nombre	RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS
RUT	[REDACTED]
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

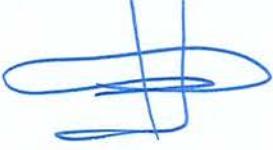
Atención de público vía demanda espontánea, presencial y virtual de Reforma previsional (PGU, PBSI, APSI, BPH)
Atención de público vía demanda espontánea, presencial y virtual de Pilar Solidario (SUF, SUM, RN, SAP)
Atención de caso Registro Social de Hogares presencial
Apoyo labores administrativas subsidio padres y tutores que trabajan
Agenda de horas sociales
Revisión de documentos para atención social integral
Facturación subsidio Agua Potable
Archivo de documentos programas estatales y municipales
Certificación de facturas
Administrativo de Subsidio Padres y Tutores

Firma prestador de los servicios



La Jefa 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. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**, 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 suscripto, 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. **RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS**

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

