

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO


DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

| | |
|-----|---------|
| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | RUTH CAROL JIMENEZ BUSTOS |
| RUT | |
| 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 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. **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