

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

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

Nombre	SYLVIA PATRICIA MORALES ACEVEDO
RUT	[REDACTED]
Profesión	SECRETARIA EJECUTIVA
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01-01-2025 / 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

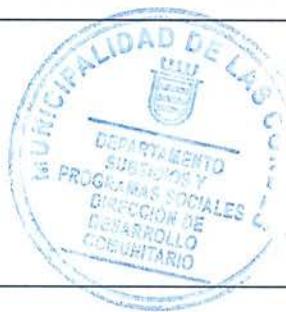
ASIGNAR HORAS A VECINOS PARA EVALUACION SOCIAL CON PROFESIONALES.
VERIFICO DATOS EN ATS, TARJETA VECINO Y REGISTRO SOCIAL DE HOGARES.
ACTUALIZO DIRECCION, TELEFONO Y CORREO DEL VECINO.
INGRESO A PLANILLA EXCELL DATOS DEL VECINO PARA OTORGAR LA HORA.
ENTREGA DE FORMULARIOS PARA ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS Y LLENARLOS.
ATENCION PILAR SOLIDARIO, SUF, SAP Y PGU.
LLAMADOS PARA CONFIRMACION DE HORAS ENTREVISTA CON TRABAJADOR SOCIAL.
INGRESO ATS CON REQUERIMIENTOS DE SOLICITUD DE HORA, COORDINACION TELEFONICA O POR CORREO.
ANFITRION EN INGRESO A DEPENDENCIAS.
APOYO EN ENTREGA DE CAJAS DE ALIMENTOS.
APOYO EN ENTREGA DE INFORMACION DE CONTRIBUCIONES Y FIRMA EN ALZA.

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. **Sylvia Morales Acevedo**, 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 Sra. **Sylvia Morales Acevedo**.

Nombre	SOLEDAD AGURTO MULLER
Jefe de Departamento	
Firma y timbre Jefe de Departamento.	 




VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Octubre de 2025
mes año