

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

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

Nombre	MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER
RUT	
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

Actividades efectuadas en el mes:

Realiza acompañamiento integral en la trayectoria eje de 50 familias del programa seguridades y oportunidades.
Realiza visitas domiciliarias a familias del programa familias seguridades y oportunidades.
Asistencia a reunión con jefatura y equipo del Programa Familia
Reuniones de coordinación intra municipal
Realiza registro de actividades en ATS
Realiza orientación a familias participantes del programa seguridades y oportunidades.
Realiza orientación telefónica a vecinos en demanda espontánea
Realiza registro de sesiones en sistema del programa Familias del ministerio de desarrollo social
Elaboración de informe para tribunales de familia
Realiza evaluación de vecinos participantes en el Programa Familia, con el propósito de apoyar las postulaciones a subsidios gestionadas por el Departamento de Programas Sociales.
Realiza visita en domicilio trayectoria eje de familias de la comuna para invitar a participar en el programa familias seguridades y oportunidades.

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. MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER, 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. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS