

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

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

Nombre	Ana Cristina Saavedra Fuentes
RUT	[REDACTED]
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios
Período del Contrato	01/06/2025 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Atención profesional específica en las áreas asistencial o psicológica. profesional de apoyo en las actividades relacionadas con el buen uso del tiempo libre.

Actividades efectuadas en el mes:

Participación en reuniones de trabajo con Trabajadores Sociales de los Centros Comunitarios, con motivo reflexionar del quehacer diario y analizar potenciales, propuestas de mejora para el área.
Realización de visitas domiciliarias a vecinos del sector
Atención de vecinas/os respecto a beneficios internos de la Municipalidad de Las Condes y derivación a los departamentos correspondientes.
Atención y orientación respecto a beneficios gubernamentales tanto postulaciones como derivaciones a organismos pertinentes.
Activación de redes educacionales, con motivo de potenciar trabajo en red.
Atenciones de dupla psicosocial, de casos de vecinos del sector
Reunión presencial para coordinación de la red de salud, específicamente con Trabajadora Social COSAM de la comuna.
Participación en mesa de trabajo de Trabajadores Sociales de los Centros Comunitarios, con motivo de Analizar propuestas de mejora del instrumento, ficha social.
Apoyo en la confesión de ornamentación, de la fiesta de la primavera del Centro Comunitario Patricia
Apoyo en la organización, convocatoria e inscripción campaña conecta (corte de pelo gratuito para la comunidad)
Apoyo en la ornamentación y organización Halloween del Centro Comunitario Patricia
Apoyo en la actividad expo Senior.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Ana Cristina Saavedra Fuentes**, 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 **CENTROS COMUNITARIOS 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. . **Ana Cristina Saavedra Fuentes**.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
