

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

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

Nombre	SOTO ALIAGA YOSELYN
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12
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:

Atención de casos sociales.
Orientar y gestionar beneficios municipales a los vecinos/as de la comuna de Las Condes.
Reuniones de coordinación con subprograma educación.
Dar respuesta a vecinos mediante correo electrónico y/o teléfono sobre rendición de subsidio a la educación (Vestuario Escolar, Escolaridad y Superior).
Realización de entrevistas sociales en dependencias municipales.
Reuniones de revisión Ficha de Evaluación Social (FES)
Realización de visitas domiciliarias.
Realizar evaluación a jóvenes de empleo juvenil (2 estudiantes)
Participación en Taller de Duelo: Como apoyar a su hijo frente a la pérdida de un ser querido. Hacer del adiós un espacio de amor y unión. Para el programa de padres y tutores.
Realización del curso de EXCEL 2010 - NIVEL INTERMEDIO dirigido por SERVICIO CIVIL

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. **Yoselyn Daniela Soto Aliaga**, RUT: XXXXXXXXXX, 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. **Yoselyn Daniela Soto Aliaga**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS