

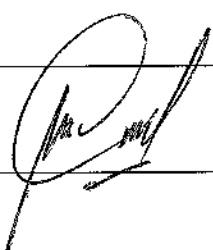
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO

DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	MONICA CRUZ PEÑA
RUT	
Profesión	ADMINISTRATIVA
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	01/01/2025 AL 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE MANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

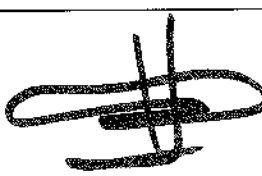
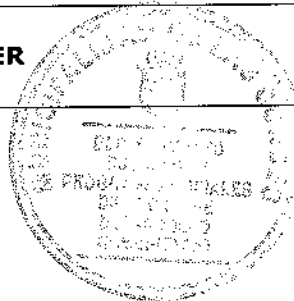
Actividades efectuadas en el mes:

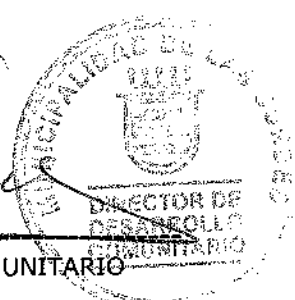
Atención presencial a vecinos y asignación de horas.
Resolución de dudas y orientación en diversas consultas realizadas por vecinos.
Coordinación con unidades internas y externas al municipio.
Participación en reuniones y capacitaciones propias del Departamento y del Municipio.
Atención de solicitudes vía correo electrónico: agendamiento y respuesta a vecinos.
Gestión y coordinación de tickets asociados a requerimientos de atención vecinal.
Entrega de cajas objetadas correspondiente al programa de apoyo alimenticio.
Rendición de cajas de alimentos (emergencias y objetadas) a la encargada del Programa.
Apoyo en distintos programas municipales según requerimiento.
Función de anfitriona: entrega de números, orientación a vecinos para su orientación y próxima atención social integral con profesional.
Ingresos ATS de cada atención realizada y hora asignada.
Contestar teléfono con solicitudes de agendamiento de horas.

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 la Sra. **MONICA CRUZ PEÑA**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **septiembre de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **septiembre** 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. **MONICA CRUZ PEÑA**.

Nombre Jefa del Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER
Firma y timbre Jefa de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTREAS BERRIOS

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año