

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	Liliana Patricia Díaz Villar
RUT	
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Apoyo Social Integral
Período del Contrato	01-01 /31-12-2025
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	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.

Actividad es efectuadas en el mes:

Se realizaron 37 visitas domiciliarias a las familias en fase de acompañamiento del Programa Familias del Sistema Seguridades y Oportunidades.
Se realizaron 37 coordinaciones telefónicas con las familias activas del programa para coordinar sesiones de acompañamiento.
Se realizaron 4 diagnósticos familiares correspondiente a la Etapa EJE del Programa Familias.
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y sociolaborales al sistema SSYO 2025.
Se ingresó periódicamente las gestiones al sistema A.T.S.
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y sociolaborales a las carpetas digitales.
Participación en reuniones de coordinación con Jefatura y equipo del Depto. de Programas Sociales.
Participación en reunión de mesa técnica con jefatura de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Familias
Realización de 12 visitas domiciliarias por el Subsidio Padres y Tutores que Trabajan-
Participación en capacitación respecto a gestión interna del. Programa Municipal Clínica Cordillera.
Participación en capacitación respecto a la Ley Karin N° 21.643, desarrollada por la ACHS.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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 el/la Sr/a. **Liliana Díaz Villar**, RUT: XXXXXXXXXX XXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **SEPTIEMBRE de 2025**, a la función 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 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/el Sra./Sr. **Liliana Patricia Díaz Villar**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefe de Departamento	<i>[Handwritten signature]</i> 

[Handwritten signature]



DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Septiembre de 2025
mes año