

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

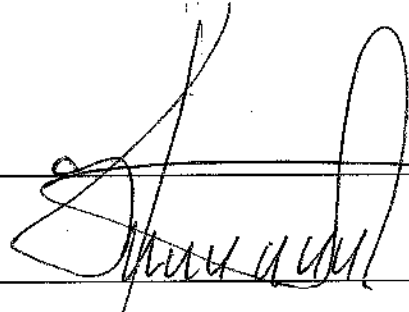
Nombre	HERNAN GARATE LOPEZ
RUT	
Profesión	ADMINISTRATIVO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Periodo del Contrato	01/01/25 - 31/12/25
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS Y COORDINACIONES QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

ASIGNACION DE HORAS PARA ATENCION SOCIAL REVISION DE DOCUMENTOS PARA EVALUACION A ASISTENTE SOCIAL INGRESO A ATS DE REQUERIMIENTO, SEGÚN PROCESO, COORDINACION DE AGENDA CON BENEFICIARIOS INGRESO DE NOMINA Y LLAMADOS POR TELEFONO A BENEFIARIOS POR PAGOS ORDENAR EXPEDIENTES ORIENTAR A VECINOS POR SUBSIDIOS DEL DEPARTAMENTO ANFITRION EN INGRESO A DEPENDENCIAS APOYO EN TERRENO A VISITA DOMICILIARIA ADULTO MAYOR ENTREGA PAÑALES VISITAS DOMICILIARIAS APOYO EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS APOYO EN ENTREGA DE CAJAS ALIMENTOS DE EMERGENCIA ATENCION DE LLAMADAS POR OPERADORA PARA ASIGNACION DE HORAS PARA ATENCION SOCIAL. DERIVACION A SECRETARIA POR PETICIONES FORMALES PARA INFORMES SOCIALES PARA TRIBUNALES.
ORIENTAR A VECINOS EN ATENCION SOCIAL INTEGRAL POR CONSULTAS EN DEPARTAMENTOS O AREAS DE INTERES SEGÚN REQUERIMIENTOS QUE OFRECE LA COMUNA. DERIVAR CASOS DE ATENCION SOCIAL INTEGRAL A ASISTENTES SOCIALES.
ATENCION PILAR SOLIDARIO Y ORIENTACION, SEGÚN REQUERIMIENTO DEL VECINO.

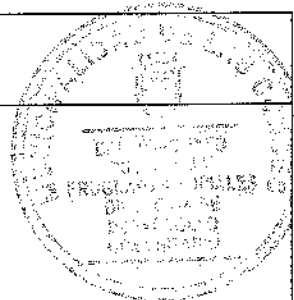


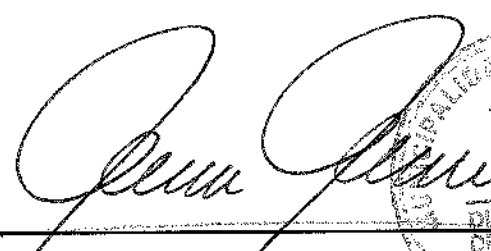
Firma prestador de los servicios



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 el/la Sr/a. **Hernán Gárate López**, RUT: XXXXXXXXXX, 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. **Hernán Andrés Gárate López**.

Nombre	SOLEDAD AGURTO MULLER
Jefa de Departamento	
Firma y timbre Jefa de Departamento.	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

SEPTIEMBRE

mes

de

2025

año

