


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA
RUT	██████████
Profesión	██
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	PROGRAMA APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
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:

➤ Contacto telefónico con Vecinos que requieren atención de nuestro departamento.
➤ Atención y Orientación a Vecinos que lo requieran.
➤ Gestión de Asignaciones de horas de Atención Social Integral a Profesionales.
➤ Participación en reunión de equipo.
➤ Participación en capacitaciones.
➤ Llamados telefónicos a los Vecinos, para solicitud de documentación requerida.
➤ Realizar Visitas Domiciliarias.

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

La jefa(S) de 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. **PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, 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 EN SALUD **2026-2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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. PAOLA ANDREA AGUILAR QUEZADA.

Nombre Jefa(S) de Departamento	JESSICA FERNANDEZ ARRAÑO
Firma y timbre Jefa(S) de Departamento	 



 V°B° DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año