

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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	Alicia Monica Alsina Orellana
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Presupuesto, Planificación Social y Estudios
Programa Social	"APOYO A LA GESTION DE PROGRMAS 2026-2027"
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, gestionando y potenciando los Procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

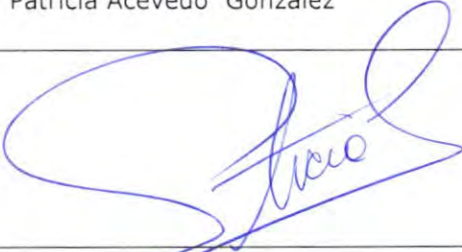

<p><b>Caracterización Social</b></p> <p>Colaboración con el diseño de estrategias de difusión para la encuesta de Diagnostico Participativo de juventudes 2026</p>
<p><b>Revisión de Nominas TED</b></p> <p>Se presta apoyo en la revisión de nóminas TED, Tramitación Electrónica de Decretos, para Copago de atenciones ambulatorias 2025 de la Municipalidad de Las Condes a la Clínica Cordillera.</p>

Firma prestador de los servicios



**El jefe del Departamento de Presupuesto, Planificación Social y Estudios, Patricia Acevedo Gonzalez,** de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Alicia Monica Alsina Orellana, 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 A LA GESTION DE PROGRAMAS 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. **Alicia Monica Alsina Orellana**

Nombre Jefe de Departamento	Patricia Acevedo Gonzalez
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes,

abril  
mes

de 2026  
año