

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

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

Nombre	Lilianna Patricia Díaz Villar
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Apoyo Social Integral al Presupuesto Familiar 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO 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:



Se realizaron 25 visitas domiciliarias a las familias en fase de acompañamiento del Programa Familias del Sistema Seguridades y Oportunidades
Se realizaron llamados telefónicos a las familias activas del programa para acordar sesiones de acompañamiento psicosocial.
Se realizaron 5 visitas por etapa diagnóstica EJE del Programa Familias SSO.
Se ingresó diariamente las sesiones sociofamiliares y sociolaborales al sistema SSO 2026.
Se ingresó periódicamente las intervenciones efectuadas con las familias beneficiarias en el sistema municipal A.T.S.
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y sociolaborales a las carpetas digitales de las familias que se encuentran en etapa de Acompañamiento.
Participación en reuniones con Jefatura y equipo del Depto. de Programas Sociales.
Participación en reunión respecto a la Norma Técnica 2026 del SSO.
Revisión de nóminas correspondientes a beneficiarios Programa Clínica Cordillera.
Se derivaron a las familias a redes intra y extra municipales, con el fin de dar cumplimiento a los planes de desarrollo familiar.

Firma prestador de los servicios



El jefe de Departamento de Programas Sociales (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Liliana Patricia Díaz Villar**, 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 al Presupuesto Familiar **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. **Liliana Patricia Díaz Villar**.

Nombre Jefe (S) de Departamento	Jéssica Fernández Arraño
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes año