

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

Mes	ABRIL
Nombre	David Martinez Levicán
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Apoyo Social Integral en educación 2026 - 2027
Período del Contrato	01/03/2026-31/05/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Apoyo Familiar para la Atención a Familias del Programa Familia.

Actividades efectuadas en el mes:



Se realizarán 31 visitas domiciliarias a las familias en fase de acompañamiento del Programa Familias del Sistema Seguridades y Oportunidades
Se Realizarán visitas de Diagnósticos para familia nuevas 2026
Se realizan llamadas telefónicas con las familias activas del programa, orientadas a la organización de sesiones de acompañamiento, entre otros.
Ingreso de información de sesiones a plataforma del Ministerio de desarrollo Social y Familia.
Ingreso de información Plataforma Municipal A.T.S.
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y Sociolaborales a las carpetas digitales.
Participación en reuniones de con Jefatura y equipo del Depto. de Programas Sociales.
Se llevaron a cabo acciones en el marco de los procesos de intervención psicosocial de las familias intervenidas, así como de las derivaciones realizadas con programas de beneficios municipales.
Visitas domiciliarias correspondiente a etapa EJE para el ingreso de nuevas familias al programa.
Realiza registros de resultado eje de familias en plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Firma prestador de los servicios



El jefe 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. **David Martinez Levicán**, 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 educación 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. **David Martinez Levicán**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Aguro Müller
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUETÉS MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes año