

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

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

Nombre	MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER
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 TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	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:



Realiza visitas domiciliarias a 28 familias del programa familias seguridades y oportunidades en el contexto de acompañamiento como Apoyo Familiar Integral.
Asistencia a reunión con jefatura y equipo del Programa Familia
Asiste a mesa técnica del programa familia.
Asiste a reuniones intra municipales
Realiza registro de actividades en ATS
Realiza revisión de nominas para Clínica Cordillera
Realiza orientación a familias participantes del programa seguridades y oportunidades.
Realiza orientación telefónica a vecinos en demanda espontanea
Realiza registro de sesiones en sistema del programa Familias del ministerio de desarrollo social
Realiza visita en domicilio trayectoria eje de familias de la comuna para invitar a participar en el programa familias seguridades y oportunidades.
Realiza registro de resultados eje en sistema del programa Familias del ministerio de desarrollo social
Realiza evaluación de vecinos participantes en el Programa Familia, con el propósito de apoyar las postulaciones a subsidios gestionadas por el Departamento de Programas Sociales.

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. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**, 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. **MANUEL MAURICIO OLIVER OLIVER**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes año