

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

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

Nombre	CLAUDIA QUIJADA CANALES
RUT	██████████
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIOECONOMICO 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYAR EN LA ATENCION DE PÚBLICO, GESTIONANDO LAS SOLICITUDES DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES Y SU APLICACIÓN EN TERRENO, CONFORME A PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL CON CARGO AL PROGRAMA DE GOBIERNO REGISTRO SOCIAL DE HOGARES (RSH).



Actividad es efectuadas en el mes:

- Aplicación del Formularios RSH en terreno
- Aplicación del Formulario anexo actualización localización y vivienda en terreno
- Digitalización de los diferentes formularios.
- Atención de Público presencial y por canales remotos (mail, teléfono).
- Orientaciones vinculadas a la gestión de acciones del RSH

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

El Jefe (S) del 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. **Claudia Quijada Canales**, 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 con el respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Apoyo Socioeconómico 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. **Claudia Quijada Canales**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ Abril _____ de 2026
mes año