

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

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

Nombre	Ana Cristina Saavedra Fuentes
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Atención profesional específica en las áreas asistencial o psicológica. Profesional de Apoyo en las actividades relacionadas con el buen uso del tiempo libre.

Actividad es efectuadas en el mes:

Atenciones de dupla psicosocial, de casos de vecinos de la comuna.
Atención de vecinas/os respecto a beneficios internos de la Municipalidad de Las Condes y derivación a los departamentos correspondientes.
Apoyo en orientación y postulación de subsidio de salud 2026
Orientación, gestión y derivación de vecinos de la comuna respecto a beneficios de la comuna de Las Condes
Reunión de trabajo en dupla psicosocial con Oficina Local de la Niñez
Atención y orientación respecto a beneficios gubernamentales tanto postulaciones como derivaciones a organismos pertinentes.
Apoyo en la recepción del Centro Comunitario Patricia.
Asistencia a reuniones de planificación de equipo del Centro Comunitario Patricia.
Apoyo en la entrega y registro de las entradas a actividades comunales.
Se realizó la confección de informes socioeconómicos destinados a respaldar la postulación de estudiantes de educación superior a becas y beneficios del Ministerio de Educación (MINEDUC), mediante la recopilación, análisis y sistematización de antecedentes del estudiante y su grupo familiar, conforme a los criterios y requerimientos establecidos.
Apoyo en actividad de entrega de huevos de chocolates para 200 chocolates para niños del sector.
Reunión del Programa Familias 2026
Realización de visitas domiciliarias con el objetivo de recopilar antecedentes socioeconómicos y familiares del usuario, necesarios para la evaluación y tramitación de beneficios sociales y gestiones institucionales, en el marco de la atención brindada por el Centro Comunitario Patricia.

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

El Jefe del Departamento de Gestión Territorial (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el Srta. **Ana Cristina Saavedra Fuentes**, **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 **CENTROS COMUNITARIOS 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 del Srta. **Ana Cristina Saavedra Fuentes**.

Nombre Jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)	VICENTE MUÑOZ RODRÍGUEZ
Firma y timbre Jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)	


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ **ABRIL** _____ de _____ **2026** _____
mes año