

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

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

Nombre	MAKARENA FABIOLA SALVIAT SALVIAT
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	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 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:



Evaluación integral para asignación de Beneficios Sociales a vecinos de las Condes.
Resolver dudas y dar orientaciones ante diferentes consultas de vecinos.
Gestión intra y extra municipal.
Participación activa en instancias de reunión y capacitación propias del Depto. y del municipio.
Asignación de hora de atención social integral para postular a los subsidios que dispone el departamento.
Asignación de las tareas al interior de la sección "admisión".
Realización de calendarios de atención social, visitas domiciliarias y anfitriones del departamento correspondientes al mes de abril del 2026.
Recepción y asignación de casos sociales derivados por colegas de otras unidades municipales.
Realización de visitas domiciliarias.
Realización de postulaciones a la devolución de derechos de aseo 2025.
Registro de datos y atenciones realizadas en sistema interno ATS.
Revisión de nóminas IMED de Clínica Cordillera.
Orientación y guía en la postulación a Subsidios de Atenciones Ambulatorias de Salud.

Firma prestador de los servicios



La Jefa (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. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**, 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. **Makarena Fabiola Salviat Salviat**.

Nombre Jefe (S) de Departamento	JESSICA FERNANDEZ ARRAÑO	
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento		

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL mes de 2026 año