LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

| Mes | AGOSTO |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre | Paz Valentina Hernández Hidalgo |
| RUT | [redacted] |
| Profesión | [redacted] |
| Departamento | De Programas Sociales |
| Programa Social | Atenciones ambulatorias de salud 2026-2027 |
| Período del Contrato | 23/04/2026 al 19/09/2026 |
| Actividad Genérica | Auxiliar técnico Comunitario |
| Actividad Especifica | Revisión de documentos para la inscripción al programa |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Apoyo de inscripción de vecinos en el programa Atenciones Ambulatorias de Salud 2026-2027 |
| Revisión en sistema convocatoria, inscripciones para aprobación en sistema informático y proexsi ATS. |

| | |
|---|---|
| Firma prestador de los servicios | Paz Valentina. |

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

| Mes | AGOSTO |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre | Paz Valentina Hernández Hidalgo |
| RUT | [redacted] |
| Profesión | [redacted] |
| Departamento | De Programas Sociales |
| Programa Social | Atenciones ambulatorias de salud 2026-2027 |
| Período del Contrato | 22/04/2026 al 19/09/2026 |
| Actividad Genérica | Auxiliar técnico Comunitario |
| Actividad Especifica | Revisión de documentos para la inscripción al programa |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Apoyo de inscripción de vecinos en el programa Atenciones Ambulatorias de Salud 2026-2027 |
| Revisión en sistema convocatoria, inscripciones para aprobación en sistema informático y proexsi ATS. |

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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

**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 **Paz Valentina Hernández Hidalgo**, RUT [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO 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 **Atenciones Ambulatorias de Salud 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 **AGOSTO** 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. **Paz Valentina Hernández Hidalgo.**

| | |
|---|---|
| Nombre Jefa de Departamento | Soledad Agurto Muller |
| Firma y timbre Jefa de Departamento | MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS SOCIALES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO |

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2026 (año)