

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	Maria Alicia Plaza Araya
RUT	
Profesión	
Departamento	GESTION TERRITORIAL
Programa Social	ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y SOCIALES 2026-2027
Período del Contrato	01 /01/ 2026 - 31/12/ 2026
Actividad Genérica	Auxiliar Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Realizar funciones de apoyo a las actividades desarrolladas por el programa hacia las organizaciones comunitarias.

Actividad es efectuadas en el mes:

*- Actualizar datos: En las diferentes organizaciones. *- Llamadas telefónicas: Por cada evento de organizaciones comunitarias se llama para confirmar asistencia de vecinos. *- Actualizar nóminas: *- Escanear documentación relativa a las organizaciones *- Recibir, escanear y archivar documentos de las organizaciones que llegan. *- Revisa y actualiza la información de las organizaciones en ATS *- Preparar documentos para juntas de vecino en rendición de cuentas *- Actualizar datos de las nuevas organizaciones. *- Apoyar en llamados telefónicos en charlas
--

Firma prestadora 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/la Sr/a. **Maria Alicia Plaza Araya** 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 **Organizaciones Comunitarias y sociales 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. **Maria Alicia Plaza Araya**.

Nombre jefe del Departamento (S)	VICENTE MUÑOZ RODRIGUEZ,
Firma y timbre jefe de Departamento (S)	 



V.B DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2026

año