LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	FEBRERO

Nombre	Camila Andrea Pasten Martinez
RUT	[redacted]
Profesión	[redacted]
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios 2026 - 2027
Período del Contrato	1/2-31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Atención profesional esfecífica en las áreas asistencial o psicológica. Profesional de Apoyo en las actividades relacionadas con el buen uso del tiempo libre.

Actividades efectuadas en el mes:

Atención de público en general, y prioritariamente en relación al área de la salud mental.
Visita domiciliaria a vecinos del sector.
Entrega y digitación de entradas a Balneario Anakena.
Participar en reuniones de cierre de Programa Verano 2026.
Acompañar en actividades en terreno en el marco del cierre de Programa Verano 2026.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Firma prestador de los servicios	

El Jefe del Departamento Gestión Territorial (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Srta. **CAMILA ANDREA PASTEN MARTINEZ**, RUT: [redacted]**,** dio cabal cumplimiento durante el mes **FEBRERO** 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 **FEBRERO** 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 Srta. CAMILA ANDREA PASTEN MARTINEZ**.

Nombre Jefe Departamento Gestión Territorial (S)	FERNANDO CUEVAS ROJAS
Firma y timbre Jefe Departamento Gestión Territorial (S)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN TERRITORIAL DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

RENGIFO

V°B° DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO (S)

SOFIA RENGIFO OTTONE

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