

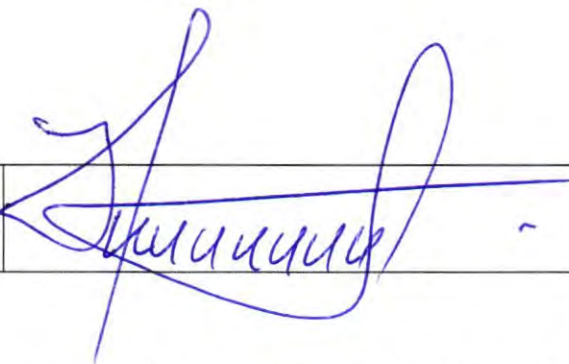
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	JUNIO
------------	--------------

Nombre	HERNAN ANDRES GARATE LOPEZ
RUT	
Profesión	
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL AL PRESUPUESTO FAMILIAR 2026 -2027
Período del Contrato	01/01/2026 AL 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	LLEVAR A CABO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS QUE DEMANDE LA EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

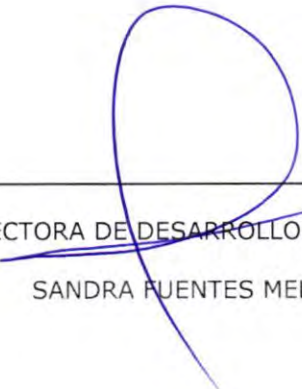
Asignación de horas para atención social integral.
Revisión de documentos para evaluación a la entrevista con el asistente social.
Ingreso al ATS de requerimiento, según proceso.
Gestión de agenda Atención Social con postulantes y sus respectivos beneficios o solicitudes.
Realización de visitas domiciliarias a postulantes a programas del departamento.
Apoyo y orientación en Pilar Solidario en postulaciones a subsidio de agua potable.
Anfitrión en ingreso a dependencias.
Back Up en programa apoyo alimenticio.
Atención para agenda en llamados telefónicos y confirmación de horas atención social.
Atención con encargado de visitas para atención en terreno.
Orientar a vecinos en atención social integral por inquietudes del departamento.
Respuesta de ticket de atención al vecino, según requerimiento asignado.
Revisión a postulaciones a programa Subsidio al empleo Juvenil.
Atención para ingreso a actualización salud 2026 plataforma Clínica Cordillera.
Revisión de nóminas IMED de Clínica Cordillera.
Gestión cajas objetadas en programa Apoyo Alimenticio.

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

El jefe 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. **Hernán Andrés Gárate López**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Junio 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 **Junio** 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. **Hernán Andrés Gárate López**.

Nombre Jefe de Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER	
Firma y timbre Jefe de Departamento		





V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO