

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

Mes	MAYO
------------	-------------

Nombre	ESTAY CASTRO ALDO
RUT	██████████
Profesión	██
Departamento	ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	RED DE ATENCION FAMILIAR 2026 -2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	FACILITAR LAS TAREAS DE LOS DISTINTOS SUBSIDIOS EXISTENTES DENTRO DEL PROGRAMA, APOYANDO EL ACCESO DE LA COMUNIDAD A LOS BENEFICIOS.

Actividades efectuadas en el mes: **MAYO**

Gestión de agenda diaria para las profesionales que atienden público presencial u on line de Red de Atención Familiar.
Envío de link de conexión para asesorías legales on line.
Recepción de documentación necesaria para dar inicio al proceso de mediación familiar.
Creación de carpetas digitales con información de los participantes en la mediación.
Escaneo de documentación para ingreso en carpetas digitales.
Llevar registro actualizado de planilla con casos ingresados diariamente.
Atención telefónica a vecinos que lo soliciten.
Apoyo administrativo y en la atención de público en las tareas propias del Depto. Atención Familiar.
Apoyo en otras actividades de la Decom que lo requieran.

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

La jefa del Departamento de Atención Familiar, Sra. Nancy Gallardo Murgam, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el Sr. **Aldo Estay Castro**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **mayo 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 **Red de Atención 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 **MAYO 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 **Sr. Aldo Estay Castro**.

Nombre Jefa de Departamento	Nancy Gallardo Murgam
Firma y timbre Jefa de Departamento	



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ **MAYO** _____ **2026**
 mes de año