

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

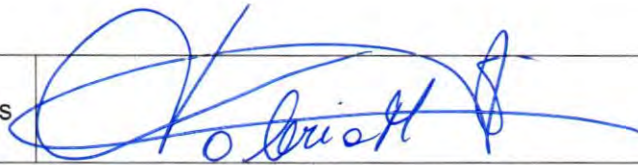
Mes	MAYO
------------	-------------

Nombre	VALERIA IVONNE MIRANDA SOTO
RUT	██████████
Profesión	██████████████████
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL AL PRESUPUESTO FAMILIAR 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

Actividades efectuadas en el mes:

<ul style="list-style-type: none"> Gestora del Programa de Apoyo Alimenticio perteneciente al Dpto. de Programas Sociales asegurando su adecuada implementación y cumplimiento de objetivos.
<ul style="list-style-type: none"> Preparación y envío de la nómina mensual correspondiente a los beneficiarios del programa de apoyo alimenticio menores de 60 años.
<ul style="list-style-type: none"> Consolidación y cruce de las nóminas de beneficiarios mayores y menores de 60 años, con el fin de verificar información, evitar duplicidad de direcciones u otros datos, y elaborar la nómina mensual definitiva del programa.
<ul style="list-style-type: none"> Recepción de solicitudes y derivaciones de usuarios/as realizadas por profesionales del dpto. de programas sociales para el ingreso al programa de apoyo alimenticio.
<ul style="list-style-type: none"> Atención presencial y virtual (correos electrónicos y llamados telefónicos) para consultas y solicitudes de los beneficiarios del programa de apoyo alimenticio.
<ul style="list-style-type: none"> Realización de visitas domiciliarias del dpto. de programas sociales, con el fin de evaluar y verificar las condiciones socioeconómicas de las familias beneficiarias.
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de evaluaciones socioeconómicas de vecinos en situación de vulnerabilidad para determinar su acceso a beneficios municipales.
<ul style="list-style-type: none"> Verificación de la correcta entrega de cajas de alimentos a los beneficiarios, asegurando que el proceso se realice conforme a los criterios establecidos por el programa.
<ul style="list-style-type: none"> Registro de atenciones, llamados telefónicos de los beneficiarios del departamento en el sistema de ATS.
<ul style="list-style-type: none"> Revisión nóminas TED de clínica cordillera programas atenciones ambulatorias.
<ul style="list-style-type: none"> Actualización de nóminas mensuales, actualización de bases de datos con relación al beneficio.
<ul style="list-style-type: none"> Retiro de cajas de alimentos desde el centro de acopio, incluyendo aquellas cajas que se denominan como objetadas y las cajas de emergencia.
<ul style="list-style-type: none"> Registro diario de las nóminas entregadas por la empresa de reparto para su ingreso al Drive de Alimentos.
<ul style="list-style-type: none"> Revisión de cajas de alimentos previo a la salida de la empresa de reparto (día por medio).
<ul style="list-style-type: none"> Filtrado y confección de la nómina de despacho correspondiente al segundo y tercer intento de entrega
<ul style="list-style-type: none"> Confección de memo al Tercer Juzgado de Familia de Santiago, informando el cambio de domicilio del usuario y las gestiones realizadas.

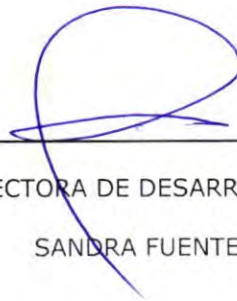
Firma prestador de los servicios



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 la Sra. **VALERIA IVONNE MIRANDA SOTO**, 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 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 **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 Sra. **VALERIA IVONNE MIRANDA SOTO**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ mayo _____ de 2026
mes año