



**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES AÑO 2025.**

|     |        |
|-----|--------|
| Mes | AGOSTO |
|-----|--------|

|                      |                                                                                                                                                 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | Robinson Cortés Pavón                                                                                                                           |
| RUT                  |                                                                                                                                                 |
| Profesión            | Técnico Programación en Computación                                                                                                             |
| Departamento         | De Programas Sociales                                                                                                                           |
| Programa Social      | Subsidios de Salud 2025                                                                                                                         |
| Período del Contrato | 01 de Enero 2025 A 31 Diciembre 2025                                                                                                            |
| Función Genérica     | Auxiliar Técnico Comunitario.                                                                                                                   |
| Función Específica   | Facilitar las tareas de los distintos subsidios existentes dentro del programa, apoyando el acceso de la comunidad a los diferentes beneficios. |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisar nóminas del Subsidio Atenciones Ambulatorias y TED, verificando que la información sea correcta.                                                    |
| Atención de público y orientación de requisitos para postulación a beneficios de salud , orientaciones en general con respecto a los subsidios municipales. |
| Inscripción al programa Atenciones Ambulatorias.                                                                                                            |
| Confección e impresión de imputaciones y correcciones.                                                                                                      |
| Confección e impresión decretos.                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                             |



Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de Agosto de 2025; 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 del Sr. **Robinson Cortés Pavón**.

|                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefa de Departamento         | Soledad Agurto Müller                                                                |
| Firma y timbre Jefa de Departamento |  |

  
Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año