

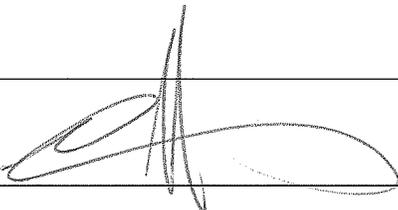
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	Agosto
------------	---------------

Nombre	Christian Elias Reyes Jara
RUT	[REDACTED]
Profesión	Cursó 2 años de trabajo social
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Subsidios De Salud 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	Auxiliar Técnico Comunitario
Función Especifica	Facilitar las tareas de los distintos subsidios existentes dentro del programa, apoyando el acceso de la comunidad a los beneficios.

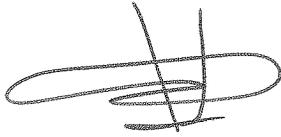
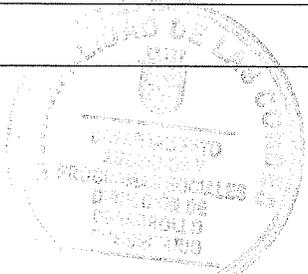
Actividades es efectuadas en el mes:

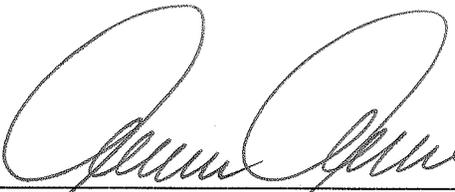
Revisión de nóminas físicas y virtuales subsidio atenciones ambulatorias
Actualización de planilla compartida de nominas
Elaboración de proyectos de decretos nóminas físicas
Calendario de Anfitriones
Procesos de limpieza de nóminas para solicitud de imputación subsidio atenciones ambulatorias
Orientar, asesorar e inscribir a los vecinos, respecto de los subsidios de programa subsidios de salud 2025 ya sea de forma presencial, telefónica, y por correo electrónico
Inscripción de programa atenciones ambulatorias - atenciones de orientación del programa
Limpieza de nóminas para pagos de concesión, envíos de nóminas a finanzas, asignación de nóminas manuales
Recepción de nómina por parte de nueva clínica cordillera
Participación reuniones del equipo de subsidios
Ingreso de datos y atenciones en sistema (ATS)
Desbloqueo de vecinos por registro social de hogares
orientaciones programa atenciones ambulatorias

Firma prestadora de los servicios	
-----------------------------------	--

La Jefa de 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. **Christian Elias Reyes Jara**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Subsidios de Salud **2025**.

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 de la/el Sra./Sr. **Christian Elias Reyes Jara**.

Nombre Jefa del Departamento	Soledad Agurto Muller
Firma y timbre jefe del Departamento	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, Agosto mes de 2025 año