

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

Mes	AGOSTO
Nombre	SAN MARTIN BASCUÑAN PAOLA DENIZA
RUT	██████████
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	SUBSIDIOS DE SALUD 2025
Período del Contrato	01/01/2025 -31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	APOYAR LA GESTION DEL PROGRAMA, POTENCIANDO LOS PROCESOS INVOLUCRADOS EN ESTE, PERMITIENDO QUE LA COMUNIDAD ACCEDA A LOS DISTINTOS SUBSIDIOS.

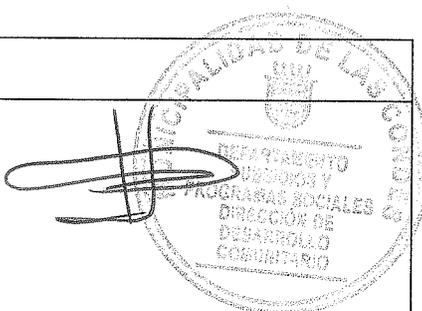
Actividad es efectuadas en el mes:

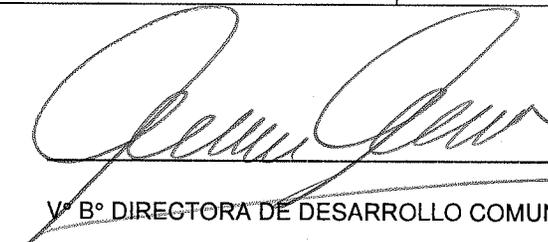
Coordinar el proceso de inscripción presencial y virtual al Subsidio Atenciones Ambulatorias
Coordinación, orientación, atención de público y entrega de información telefónica, presencial o via e-mail a vecinos sobre los subsidios de Salud 2025
Reunión con equipo clínica cordillera
Reunión mensual de coordinación de equipo Subsidio Atenciones Ambulatorias
Supervisión y realización de Informes de Imputación, Decretos de pago Subsidio Atenciones Ambulatorias
Coordinar, gestionar y supervisar el proceso de revisión de nóminas del Subsidio Atenciones Ambulatorias
Registro en Sistema Social ATS toda gestión realizada
Evaluación y entrega de estadísticas, reportes de inscritos y presupuestos de Subsidio Atenciones Ambulatorias
Difusión Subsidios de salud 2025
Evaluación y atención de casos sociales
Visita Domiciliaria
Realización de Informes Sociales derivados por Tribunales de Familia

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

La Jefa 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. **Paola San Martin Bascuñan**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al 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. **Paola San Martin Bascuñan**.

Nombre Jefa de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefa del Departamento	


 V° B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año