

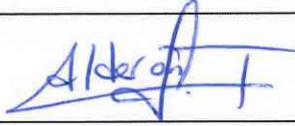
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
Nombre	CAROLINA ANDREA CALDERON FUENTES
RUT	
Profesión	TECNICO JURIDICO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	SUBSIDIOS DE SALUD 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	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:

Gestionar y procesar a través de Tramitación Electrónica de Decreto, nóminas enviadas por Clínica Cordillera (desde su descarga, asignación, revisión, imputación, hasta su correspondiente Decreto de Pago).
Emisión Memo DPS solicitando la rebaja de las nóminas rechazadas por Unidad de Control a Departamento Finanzas.
Actualización y mantención Planilla Decom compartida de cada actividad nómina TED.
Atención y orientación a vecinos en forma presencial, telefónica y/o correo electrónico (dejando su correspondiente registro ATS).
Inscripciones de vecinos en Subsidio de Salud 2025 (presencial o correo electrónico).
Desbloqueo de vecinos en Subsidio de Salud 2025 (presencial o correo electrónico).
Gestión cajas Docustore (solicitud de cajas, envió de planillas con detalle de las cajas a resguardar, solicitud documentos resguardados en Docustore).
Participación en diferentes actividades del Departamento y/o Decom.
Atención Anfitriona entregando números de las atenciones sociales presenciales según turno.
Inscripción Devolución Derechos de Aseo
Pruebas convocatoria Subsidio Vestuario Escolar año 2026

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

La jefa del Departamento de Programas Sociales (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Carolina Calderón Fuentes**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios 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 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 **Diciembre** 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. **Carolina Calderón Fuentes**.

Nombre Jefa de Departamento (S)	Jessica Fernández Arraño	
Firma y timbre Jefa de Departamento		



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS