

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	Christian Elias Reyes Jara
RUT	
Profesión	Sin Profesión
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Subsidios De Salud 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	Auxiliar Técnico Comunitario
Actividad Especifica	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:

Limpieza de nóminas para pagos de concesión, envíos de nóminas a finanzas, asignación de nóminas manuales
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
Procesos de limpieza de nóminas para solicitud de imputación subsidio atenciones ambulatorias
Elaboración de proyectos de decretos nóminas físicas
Turno en entrega de informes (full)
Desbloqueo de vecinos por registro social de hogares
Actualización de planilla compartida de nóminas
Inscripción de programa atenciones ambulatorias – atenciones de orientación del programa
Ingreso de datos y atenciones en sistema (ATS)
orientaciones programa atenciones ambulatorias
Revisión de nóminas físicas y virtuales subsidio atenciones ambulatorias
Recepción de nómina por parte de nueva clínica cordillera
Participación reuniones del equipo de subsidios
Actualización de planilla compartida de nóminas
Calendario de Anfitriones
Participación reuniones del equipo de subsidios
Visitas domiciliarias-

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

El jefe 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. **Christian Elias Reyes Jara**, 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. **Christian Elias Reyes Jara**.

Nombre Jefe de Departamento (s)	Jessica Fernandez Arraño
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS