

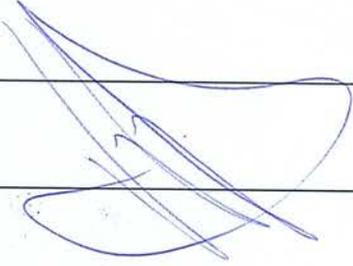
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	Julio
------------	--------------

Nombre	Armando Vladimir Alfaro Valenzuela
RUT	██████████
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Departamento	DE 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.

Actividades efectuadas en el mes:

Inscripción de beneficiarios al Subsidios de salud 2025
Actualización, control y supervisión de estados en nóminas manuales
Preparación y asignación de nóminas ambulatorias para revisión
Revisión de nóminas de subsidio Atenciones Ambulatorias de manera virtual y manual durante julio 2025
Registrar en Sistema Social ATS toda gestión realizada durante el mes de julio 2025
Apoyo en gestión de estadística (transparencia) mes de julio 2025
Orientación sobre Subsidios de Salud 2025 a vecinos que concurren por demanda espontanea. Orientación del uso de la red pública de salud disponible en la comuna de Las Condes.
Realización de Decretos, imputaciones y concesión de nóminas manuales
Realizar visitas domiciliarias según requerimientos del programa.
Apoyo según requerimiento programa Apoyo Psicosocial para personas en situación de calle, entrega de información de dispositivos a nivel regional, orientaciones sobre requisitos de ingresos y distintos tipos de programas desplegados del Ministerio de desarrollo social, como comunal.

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr./a. **Armando Vladimir Alfaro Valenzuela**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **Julio 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 **Julio 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. **Armando Vladimir Alfaro Valenzuela**

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes, Julio mes de 2025 año