

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

|                      |                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes                  | JULIO                                                                                                                                |
| Nombre               | CESAR OLIVARES EWERT                                                                                                                 |
| RUT                  |                                                                                                                                      |
| Profesión            | CUARTO MEDIO RENDIDO                                                                                                                 |
| Departamento         | DE PROGRAMAS SOCIALES                                                                                                                |
| Programa Social      | SUBSIDIOS DE SALUD 2025                                                                                                              |
| Período del Contrato | 01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025                                                                                             |
| Función Genérica     | AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO                                                                                                         |
| Función 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:

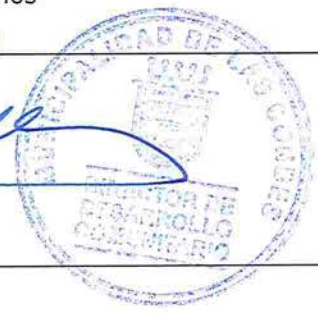
|                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REVISION DE CUENTAS AMBULATORIAS, SALUD PARA TODOS Y TED.                                                                                       |
| GENERAR IMPUTACIONES, DECRETOS MUNICIPALES y CORRECCIONES.                                                                                      |
| ANALISIS Y REVISION DE CUENTAS HOSPITALARIAS.                                                                                                   |
| ATENCION A PUBLICO, ORIENTACIONES EN GENERAL CON RESPECTO A LOS SUBSIDIOS MUNICIPALES, INSCRIPCIONES DE VECINOS EN PROGRAMA CLINICA CORDILLERA. |
|                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                 |

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. **CESAR OLIVARES EWERT**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **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. **CESAR OLIVARES EWERT**.

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

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año