

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	OCTUBRE
-----	---------

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
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad 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 octubre 2025
Registrar en Sistema Social ATS toda gestión realizada durante el mes de octubre 2025
Apoyo en gestión de estadística (transparencia) mes de octubre 2025
Orientación sobre Subsidios de Salud 2025 a vecinos que concurren por demanda espontánea. Orientación del uso de la red pública de salud disponible en la comuna de Las Condes.
Realización de Decretos, imputaciones de nóminas manuales ambulatorias.
Realizar visitas domiciliarias según requerimientos de Departamento de Programas Sociales.
Atención Social Integral según planificación de Departamento de Programas Sociales.
Desbloqueo de beneficiarios de Subsidio de Atenciones ambulatorias según corresponda.
Informes socioeconómicos a solicitud de Departamento de Programas Sociales.

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

El jefe 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. **Armando Alfaro Valenzuela**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 **Octubre 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 Jefe de Departamento	Soledad Agurto Muller
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS