

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

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

Nombre	CAROLINA ANDREA CALDERON FUENTES
RUT	[REDACTED]
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 mantenimiento 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, envío de planillas con detalle de las cajas a resguardar, solicitud documentos resguardados en Docustore, emisión decreto eliminación documentos almacenados en Docustore).
Participación en diferentes actividades del Departamento y/o Decom.
Atención Anfitriona entregando números de las atenciones sociales presenciales según turno.
Contactar a vecino a través de llamados telefónicos para que se acerque a firmar formulario postulación Subsidio de Alzas de Contribuciones.

Firma prestador de los servicios



La jefa 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. **Carolina Calderón Fuentes**, 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 suscripto, 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. **Carolina Calderón Fuentes**.

Nombre Jefa de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefa de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

