


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

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

Nombre	Rosa Ester Cubillo Campos
RUT	
Profesión	Secretaria Ejecutiva
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 servicios.

Actividades efectuadas en el mes:

Descarga, revisión y gestión de nóminas del Subsidio de Salud en sistema de tramitación electrónica (TED)
Rechazo de nóminas devueltas por control en sistema TED, planillas y social
Emisión de Imputaciones y Decreto de decreto (TED)
Rechazos TED y emisión de memo de rechazos de Unidad de Control y Depto. De Programas Sociales
Actualización Planilla Decom compartida de cada actividad TED
Proceso Concesión y revisión nóminas manuales
Atención vecinos en forma presencial, telefónica y por correo electrónico.
Orientaciones a vecinos en forma presencial, telefónica y a través de correo electrónico.
Inscripciones y desbloqueo de vecinos en Subsidio de Salud 2025
Registro de orientaciones, inscripciones y desbloqueo a vecinos en Sistema Social ATS
Obtener cartola Registro Social de Hogares para inscripciones y desbloques del subsidio de salud.
Realizar función de anfitriona de acuerdo con turnos de atención.
Realizar apoyo en visitas domiciliarias del Departamento de Programas Sociales.
Llamados telefónicos a los vecinos por el alza de contribuciones.
Atención de vecinos en forma presencial por el alza de contribuciones.
Participar en reuniones y actividades del Departamento de Programas Sociales.
Participar apoyando en actividades de Decom, solicitadas por la Dirección

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. **Rosa Ester Cubillo Campos**, 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. **Rosa Ester Cubillo Campos**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS