



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

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

Nombre	CESAR OLIVARES EWERT
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	SUBSIDIOS DE SALUD 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 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:


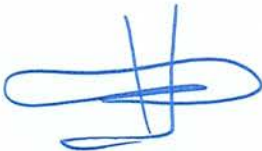
REVISION DE CUENTAS AMBULATORIAS, SALUD PARA TODOS Y TED.
GENERAR IMPUTACIONES, DECRETOS MUNICIPALES y CORRECCIONES.
ANALISIS Y REVISION DE CUENTAS HOSPITALARIAS.
ATENCION A PUBLICO, ORIENTACIONES EN GENERAL CON RESPECTO A LOS SUBSIDIOS MUNICIPALES.
ANFITRION DE INGRESO.
INSCRIPCIONES DE VECINOS EN PROGRAMA CLINICA CORDILLERA.
DESBLOQUEOS DE VECINOS DE CLINICA CORDILLERA.
LLAMADOS A VECINOS POR ALZA DE CONTRIBUCIONES.

Firma prestador de los servicios



La Jefa del Departamento Programas Sociales, 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 **Octubre de 2025**, a la prestación de servicio 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 servicio 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 servicio 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. **CESAR OLIVARES EWERT**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS