

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

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

Nombre	Christian Elias Reyes Jara
RUT	[REDACTED]
Profesión	Sin Profesión
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 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:

Limpieza de nóminas para pagos de concesión, envíos de nóminas a finanzas, asignación de nóminas manuales
Actualización de planilla compartida de nóminas
Procesos de limpieza de nóminas para solicitud de imputación subsidio atenciones ambulatorias
Elaboración de proyectos de decretos nóminas físicas
orientaciones programa atenciones ambulatorias
Calendario de Anfitriones
Inscripción de programa atenciones ambulatorias – atenciones de orientación del programa
Ingreso de datos y atenciones en sistema (ATS)
Participación reuniones del equipo de subsidios
Desbloqueo de vecinos por registro social de hogares
Turno en entrega de informes (full)
Recepción de nómina por parte de nueva clínica cordillera
Orientar, asesorar e inscribir a los vecinos, respecto de los subsidios de programa subsidios de salud 2025 ya sea de forma presencial, telefónica, y por correo electrónico
Remplazo en nueva clínica cordillera
Participación reuniones del equipo de subsidios
Revisión de nóminas físicas y virtuales subsidio atenciones ambulatorias

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. **Christian Elias Reyes Jara**, 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. **Christian Elias Reyes Jara**.

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

  


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS