

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	SEPTIEMBRE
------------	-------------------

Nombre	ROSA ESTER CUBILLO CAMPOS
RUT	
Profesión	SECRETARIA EJECUTIVA
Departamento	DE PROGRAMA SOCIALES
Programa Social	SUBSIDIOS DE SALUD 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	FACILITAR LAS TAREAS DE LOS DISTINTOS SUBSIDIOS EXISTENTES DENTRO DEL PROGRAMA, APOYANDO EL ACCESO DE LA COMUNIDAD A LOS BENEFICIOS.

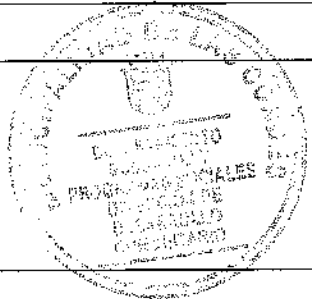
Actividad es efectuadas en el mes:

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)
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 personal y de algunos compañeros que no tienen acceso para obtenerla.
Realizar función de anfitriona de acuerdo con turnos de atención.
Participar en reuniones y actividades del Departamento de Programas Sociales.
Apoyo en actividades, solicitadas por la Dirección de Desarrollo Comunitario.

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. **Rosa Ester Cubillo Campos**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de Septiembre 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 Jefa de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefa de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Septiembre de 2025
mes año