

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

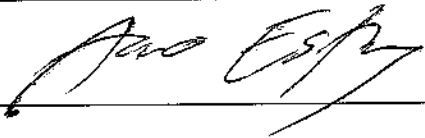
Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	Aldo Andres Estay Castro
RUT	
Profesión	Sin profesión
Departamento	Departamento de Programas Sociales
Programa Social	Subsidios de Salud 2025
Período del Contrato	1 de enero de 2025 a 31 de diciembre de 2025
Función Genérica	Auxiliar técnico 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: Septiembre

Coordinación de agendas de atención de público.
Apoyo a los programas del depto. en labores de terreno y actividades extraprogramáticas de Decom.
Apoyo en la gestión de correspondencia del departamento y distribución de esta.
Orientación y atención de público general en relación con las distintas temáticas del departamento tanto en forma presencial como telefónica.
Coordinación de atenciones telefónicamente

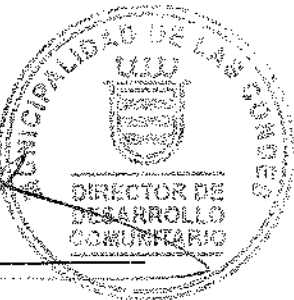
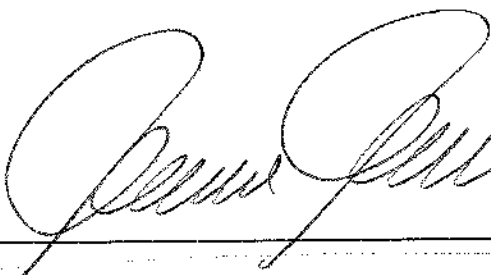


Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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. **Aldo Andres Estay Castro**, 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. **Aldo Andres Estay Castro**.

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



NºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año