

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	Abril
-----	-------

Nombre	Armando Vladimir Alfaro Valenzuela
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	De programas sociales
Programa Social	Apoyo Social Integral en Salud 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO.
Actividad Especifica	APOYAR LA GESTION DEL PROGRAMA, POTENCIANDO LOS PROCESOS INVOLUCRADOS EN ESTE, PERMITIENDO QUE LA COMUNIDAD ACCEDA A LOS DISTINTOS SUBSIDIOS.



Actividades efectuadas en el mes:

Inscripción de beneficiarios al Subsidios de salud 2026
Revisión de inscripciones/reinscripciones de subsidios de atenciones ambulatorias 2026 en plataforma municipal
Revisión de estado de cuentas clínicas pagadas en el año 2025 para confirmación
Actualización, control y verificación de estados en nóminas manuales ambulatorias
Preparación y asignación de nóminas ambulatorias de arrastre para revisión
Revisión de nóminas de subsidio Atenciones Ambulatorias de manera virtual y manual durante abril 2026
Registrar en Sistema Social ATS toda gestión realizada durante el mes de abril 2026
Realizar imputaciones, decretos de nóminas ambulatorias, subsidio de múltiples necesidades
Orientación sobre Subsidios de Salud 2026 a vecinos que concurren por demanda espontanea. Orientación del uso de la red pública de salud disponible en la comuna de Las Condes.
Realizar visitas domiciliarias según requerimientos de Departamento de Programas Sociales.
Atención Social Integral según planificación de Departamento de Programas Sociales.
Informes socioeconómicos, condiciones de habitabilidad, tribunales, FUAS, TGR según corresponda solicitud de Departamento de Programas Sociales.
Desbloqueo de beneficiarios de Subsidio de Atenciones ambulatorias según corresponda.
Reuniones técnicas para planificación de equipo de intervención social 2026.

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

La jefa del Departamento de Programas Sociales(S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Armando Vladimir Alfaro Valenzuela**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 2026-2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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. **Armando Vladimir Alfaro Valenzuela**.

Nombre Jefa de Departamento (S)	JESSICA FERNANDEZ ARRAÑO
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año