


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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Robinson Cortes Pavón
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	Auxiliar Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Facilitar las tareas de los distintos subsidios existentes dentro del programa, apoyando el acceso de la comunidad a los diferentes beneficios.



Actividades efectuadas en el mes:

Revisión nóminas del Subsidio Atenciones Ambulatorias y TED, verificando que la información sea correcta.
Atención de público presencial, telefónica y por correo electrónico, orientación de requisitos para postulación a beneficios de salud, orientaciones en general con respecto a los subsidios municipales.
Orientación como ingresar al nuevo programa Atenciones Ambulatorias de salud 2026-2027
Confección e impresión de imputaciones y correcciones.
Confección e impresión de Decretos nominas subsidio prestaciones emergencia.
Realizar atención de anfitrión de acuerdo con asignación de turnos de atención
Apoyo en Clínica Cordillera, oficina Decom, atención vecinos bloqueados en Salud Para Todos
Inscripción de vecinos a programa Devolución Derechos de Aseos 2025
Desbloqueo de vecinos en subsidio de salud. Descarga nominas del Subsidio de Salud
Registro en ATS atención vecinos Programas Subsidio de salud. Responder correos derivados para aclarar dudas para inscripción al nuevo programa de salud.
Registro en ATS atención vecinos Programa Devolución Derechos de Aseos.
Reinscripción a Programa Atenciones Ambulatorias de Salud 2026-2027 a vecinos tercera edad, sin computador y/o sin red de apoyo.

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 Sr. **Robinson Cortés Pavón**, 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 con el 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. **Robinson Cortés Pavón**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ **ABRIL** _____ **2026**
mes de año