

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


<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	Christian Elias Reyes Jara
RUT	██████████
Profesión	Sin 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 beneficios.

Actividades efectuadas en el mes:



Calendario de Anfitriones
Turno en entrega de informes (full)
Ingreso de datos y atenciones en sistema (ATS)
Participación reuniones del equipo de subsidios
Desbloqueo de vecinos por registro social de hogares
atención devolución de aseo
asignación de nóminas manuales
orientaciones programa atenciones ambulatorias de salud 2026 ya sea de forma presencial, telefónica, y por correo electrónico
Participación reuniones del equipo de subsidios
Limpieza de nóminas para pagos de concesión
Reemplazo modulo clínica cordillera
Procesos de limpieza de nóminas para solicitud de imputación subsidio atenciones ambulatorias
Elaboración de proyectos de decretos nóminas físicas
Recepción de nómina por parte de nueva clínica cordillera
Ingreso de datos y atenciones en sistema (ATS)
Revisión de nóminas físicas y virtuales subsidio atenciones ambulatorias
envíos de nóminas por correo electrónico a finanzas

Firma prestador de los servicios



**El jefe (s) de 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 **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. **Christian Elias Reyes Jara**.

Nombre Jefe (s) de Departamento	Jessica Fernandez Arraño
Firma y timbre Jefe (s) de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año