

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

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

Nombre	PAOLA DENIZA SAN MARTIN BASCUÑAN
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 Específica	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:



Revisión de postulaciones, desbloques, presencial, telefónica y correo electrónico al Subsidio de Salud 2026
Orientación, atención de público y entrega de información telefónica, presencial o via e- mail a vecinos sobre el Subsidio de Salud 2026
Realización de labores municipales, Decretos de pago Subsidio Atenciones Ambulatorias 2025
Realización de labores municipales, del Programa Apoyo Social Integral en salud 2026-2027
Registro en Sistema Social ATS toda gestión realizada
Revisión de nóminas manuales y TED
Entrega de estadísticas de concesión año 2026
Evaluación y atención de casos sociales
Atenciones de emergencia del departamento
Visitas Domiciliarias
Revisión de postulación Subsidio Atenciones Ambulatorias año 2026
Realización de Informes Sociales derivados por Tribunales de Familia
Revisión de beneficiarios de residencia y cuidadores para personas mayores
Participación en reuniones, charlas y actividades del Departamento de programas Sociales

Firma prestador de los servicios



La jefa (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. **Paola Deniza San Martin Bascuñan**, 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. **Poala Deniza San Martin Bascuñan**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL mes de 2026 año