

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	Alicia Monica Alsina Orellana
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	Departamento de Programas Sociales
Programa Social	"ATENCIONES AMBULATORIAS DE SALUD 2026-2027"
Período del Contrato	15/07/2026 – 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, gestionando y potenciando los Procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Revisión de Nominas TED Revisión de nóminas TED, Tramitación Electrónica de Decretos, físicas y digitalizadas, para Copago de atenciones ambulatorias 2026, desde la Municipalidad de Las Condes a la Clínica Cordillera. Se revisa la Orden médica, certificado de cédula vigente generado por Imed, Váucher de atención de la Municipalidad de Las Condes y Bono de atención ambulatoria de Fonasa o Isapre de cada paciente, revisando que la información este completa y sea coherente.
Inscripciones en Subsidio Municipal de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026 Revisar las postulaciones al Subsidio de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026, realizadas por los vecinos a través de Internet, para su aprobación. Inscribir a las personas muy mayores o con dificultad tecnológica en la postulación para el Subsidio de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026.

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

El jefe 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. **Alicia Monica Alsina Orellana, RUT:** [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **agosto** 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 **"ATENCIONES AMBULATORIAS DE 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 del mes de **agosto 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. **Alicia Mónica Alsina Orellana**

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, agosto 2026
 mes de año