

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

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

Nombre	BEATRIZ IRENE SALFATE MUÑOZ
RUT	
Profesión	
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIOECONOMICO 2026 -2027
Período del Contrato	01/06/2026 al 31/08/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	APOYO ADMINISTRATIVO AL PROGRAMA PARA LA ATENCION DE PUBLICO, VISITAS A TERRENO, REVISION DE DOCUMENTACION Y OTROS.

Actividades efectuadas en el mes:

Revisión de documentos para evaluación social integral y derivación con el asistente social en turno.
Ingreso al ATS para ingreso de las atenciones, consultas y actualizaciones según corresponda.
Gestión de la agenda de Atención Social de los vecinos respecto de los beneficios o solicitudes que presenten.
Anfitrión en ingreso a dependencias y derivación a los módulos de atención según corresponda.
Orientación e inscripción de los vecinos al programa de salud 2026 Clínica Cordillera
Atención telefónica para agendar, reagendar y confirmación de horas de atención social.
Atención vía correo electrónico para agendar y confirmar horas de atención social enviando los documentos respectivos para la atención social si procede.
Recepción y verificación de la documentación del vecino para postular al programa de beneficios de cirugías y partos y posterior derivación a los encargados de Contraloría Medica para revisión y determinación final.
Apoyo al Programa de Insumos médicos en el agendamiento de hora.
Recepción de las rendiciones de gastos de los distintos programas otorgados a los vecinos.
Entrega a los vecinos y registro de los documentos respectivos, de los beneficios de apoyo para emergencias (frazadas, vales de gas, nylon).
Revisión vía IMED y/o físicas de fichas de Clínica Cordillera.
Entrega a los vecinos y registro de los documentos respectivos, del beneficio del Programa de Cajas de Alimentos sean estas "Objetadas" y/o "Retiro Presencial".

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. **Beatriz Irene Salfate Muñoz**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **agosto 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 Socioeconómico 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 **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. **Beatriz Irene Salfate Muñoz**.

Nombre Jefe de Departamento	SOLEDAD AGURTO MÜLLER	
Firma y timbre Jefe de Departamento		


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, Agosto de 2026
mes año