

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
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 Especifica	APOYAR LA GESTION DEL PROGRAMA, POTENCIANDO LOS PROCESOS INVOLUCRADOS EN ESTE, PERMITIENDO QUE LA COMUNIDAD ACCEDA A LOS DISTINTOS SUBSIDIOS.

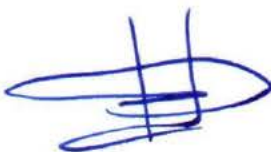
Actividades efectuadas en el mes:

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
Registro en Sistema Social ATS toda gestión realizada
Revisión de nóminas TED
Evaluación y atención de casos sociales y Atenciones de emergencia del departamento
Realización de las actividades propias de ADMISION (realización de turnos, ingreso de horas a planilla, ingreso ATS entre otras actividades)
Revisión de documentación de evaluaciones sociales
Derivación de casos de emergencia
Revisión de documentación de evaluación derivadas de centros comunitarios
Realización de Informes Sociales derivados por Tribunales de Familia
Participación en reuniones, charlas y actividades del Departamento de Programas Sociales

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

La jefa 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 **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 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 **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. **Paola Deniza San Martin Bascuñan**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2026

año