

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

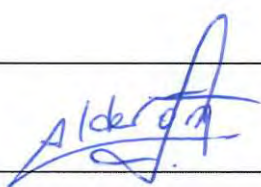
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	CAROLINA ANDREA CALDERÓN FUENTES
RUT	
Profesión	TÉCNICO JURÍDICO
Departamento	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 Específica	FACILITAR LAS TAREAS DE LOS DISTINTOS SUBPROGRAMAS EXISTENTES DENTRO DEL PROGRAMA, APOYANDO EL ACCESO DE LA COMUNIDAD A LOS BENEFICIOS.

Actividades efectuadas en el mes:

Gestionar y procesar a través de Tramitación Electrónica de Decreto, nóminas enviadas por Clínica Cordillera (desde su descarga, asignación, revisión, imputación, hasta su correspondiente Decreto de Pago).
Emisión Memo DPS solicitando la rebaja de las nóminas rechazadas por Unidad de Control a Departamento Finanzas.
Actualización y mantención Planilla Decom compartida de cada actividad nómina TED.
Atención y orientación a vecinos en forma presencial, telefónica y/o correo electrónico (dejando su correspondiente registro ATS).
Inscripciones de vecinos en Programa Atenciones Ambulatorias de Salud 206-2027 (presencial o correo electrónico).
Desbloqueo de vecinos en Programa Atenciones Ambulatorias de Salud 206-2027 (presencial o correo electrónico).
Gestión cajas Docustore (solicitud de cajas, envió de planillas con detalle de las cajas a resguardar, solicitud documentos resguardados en Docustore).

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

El jefe 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. **Carolina Andrea Calderón Fuentes**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO 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 **ENERO 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. **Carolina Andrea Calderón Fuentes**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS