

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

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

Nombre	Robinson Cortes Pavón
RUT	
Profesión	Técnico Programación en Computación
Departamento	De 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 Especifica	Facilitar las tareas de los distintos subsidios existentes dentro del programa Subsidios Clínica Cordillera, apoyando el acceso de la comunidad a los beneficios.

Resumen de actividades efectuadas:

Revisión nóminas del Subsidio Atenciones Ambulatorias y TED, verificando que la información sea correcta.
Atención de público y orientación de requisitos para postulación a beneficios de salud, orientaciones en general con respecto a los subsidios municipales, anfitrión.
Inscripción al programa Atenciones Ambulatorias.
Confección e impresión de imputaciones y correcciones.
Confección e impresión decretos.
Llamados telefónicos a vecinos para Postular Devolución Derecho de Aseos
atención vecinos para inscripción Devolución Derechos de Aseos 2025
Labores de anfitrión

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

La jefa 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. **Robinson Cortés Pavón**, 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. **Robinson Cortés Pavón**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS