

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
Nombre	ROSA ESTER CUBILLO CAMPOS
RUT	
Profesión	SECRETARIA EJECUTIVA
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 TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	FACILITAR LAS TAREAS DE LOS DISTINTOS SUBSIDIOS EXISTENTES DEL PROGRAMA, APOYANDO EL ACCESO DE LA COMUNIDAD A LOS BENEFICIOS.

Actividades efectuadas en el mes:

Atención de vecinos en forma presencial, telefónica y por correo electrónico, Subsidio de Salud.
Orientación de vecinos en forma presencial, telefónica y por correo electrónico, Subsidio de Salud.
Inscripciones y desbloqueo de vecinos en Subsidio de Salud.
Registro de orientaciones, inscripciones y desbloqueo de vecinos en Sistema Social ATS.
Obtención cartola Registro Social de Hogares para inscripciones y desbloqueo de vecinos en Sistema Social.
Realizar función de anfitriona de acuerdo con turnos de atención.
Apoyo en visitas domiciliarias
Atención y gestión Devolución de Derecho de Aseo.
Descarga, revisión y gestión de nóminas del Subsidio de Salud TED
Revisión nóminas manuales del Subsidio de Salud.
Emisión de Imputaciones y Decretos Programa Insumos Médicos.
Atención presencial vecinos Programa Insumos Médicos.
Registro en ATS atención de vecino Programa Insumos Médicos.
Apoyo en orientación de vecinos por Subsidio a la Educación.
Participación en reuniones, charlas y actividades del Departamento de Programas Sociales
Apoyo en actividades de la Dirección de Desarrollo Comunitario.

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. **Rosa Ester Cubillo Campos**, 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. **Rosa Cubillo Campos**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS