

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

Mes	ENERO
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:

Inscripción presencial y desbloques, presencial, telefónica y correo electrónico al Subsidio Atenciones Ambulatorias de Salud 2026
Coordinación, orientación, atención de público y entrega de información telefónica, presencial o via e-mail a vecinos sobre el Subsidio Atenciones Ambulatorias de Salud 2026
Supervisión y realización de Informes de Imputación, Decretos de pago Subsidio Atenciones Ambulatorias 2025
Coordinar, gestionar y supervisar el proceso de revisión de nóminas del Programa Apoyo Social Integral en salud 2026-2027
Registro en Sistema Social ATS toda gestión realizada
Revisión de nóminas manuales y TED
Entrega de estadísticas, reportes de inscritos del Programa Apoyo Social Integral en salud 2026-2027
Evaluación y atención de casos sociales
Atenciones de emergencia del departamento
Visitas Domiciliarias
Postulación devolución derechos de aseo
Realización de Informes Sociales derivados por Tribunales de Familia
Revisión de beneficiarios de residencia y cuidadores para personas mayores
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 Martín Bascuñán**, 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. **Paola Deniza San Martín Bascuñán**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
