

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

Mes	JULIO
Nombre	Alicia Monica Alsina Orellana
RUT	
Profesión	
Departamento	Presupuesto, Planificación Social y Estudios
Programa Social	"APOYO A LA GESTION DE PROGRMAS 2026-2027"
Período del Contrato	01/01/2026 – 14/07/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, gestionando y potenciando los Procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

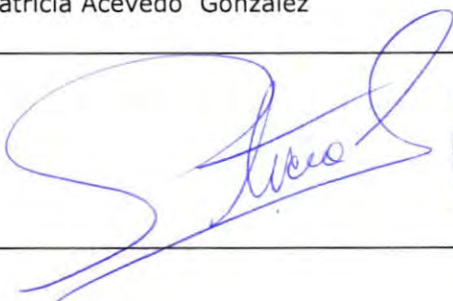
Actividades efectuadas en el mes:

Revisión de Nominas TED Prestar apoyo en la revisión de nóminas TED, Tramitación Electrónica de Decretos, para Copago de atenciones ambulatorias 2026, desde la Municipalidad de Las Condes a la Clínica Cordillera. Revisar nominas TED físicas y digitales. Revisar la Orden médica, certificado de cedula vigente generado por Imed, Váucher de atención de la Municipalidad de Las Condes y Bono de atención ambulatoria de Fonasa o Isapre de cada paciente, revisando que la información este completa y sea coherente.
Inscripciones en Subsidio Municipal de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026 Revisar las postulaciones al Subsidio de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026 realizadas por los vecinos para su aprobación. Ayudar a las personas mayores o con dificultad tecnológica a realizar las postulaciones para el Subsidio de Atenciones Ambulatorias de Salud 2026

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

El jefe del Departamento de Presupuesto, Planificación Social y Estudios, Patricia Acevedo Gonzalez, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Alicia Monica Alsina Orellana**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante 14 días del mes de **julio** 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 A LA GESTION DE PROGRAMAS 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 de 14 días del mes de **julio** 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. **Alicia Monica Alsina Orellana**

Nombre Jefe de Departamento	Patricia Acevedo Gonzalez
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

julio

mes

de

2026

año