

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

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	CAROLINA ANDREA CALDERON FUENTES
RUT	
Profesión	
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 2026-2027
Período del Contrato	06/04/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	FACILITAR LAS TAREAS DE LOS DISTINTOS SUBSIDIOS EXISTENTES 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).
Actualización y mantención Planilla Decom compartida de cada actividad nómina TED.
Concesión 2026 de nóminas TED para el correspondiente pago a Clínica Cordillera.
Actualización y mantención Planilla Decom compartida de cada actividad nómina Ambulatoria 2026.
Concesión 2026 de nóminas Ambulatorias para el correspondiente pago a Clínica Cordillera.
Atención y orientación a vecinos en forma presencial, telefónica y/o correo electrónico (dejando su correspondiente registro ATS).
Apoyo a vecinos de la comuna en Postulación On-line de Subsidio de Salud 2026-2027.
Revisión – aprobación – activación de Subsidio de Salud 2026-2027.
Turno anfitriona Tótem de acuerdo con turno asignado.
Asignación carga de trabajo revisión inscripciones Subsidios de Salud 2026-2027
Base para realizar cruce de beneficiarios fallecidos en nóminas a concesionar en Resolución 2

Firma prestador de los servicios

Aldcroft

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 **Junio 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 **Junio 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

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, JUNIO de 2026
mes año