

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

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

Nombre	ROSA ESTER CUBILLO CAMPOS
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	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:

Atención de vecinos en forma presencial, telefónica y por correo electrónico, Subsidio de Salud 2026 - 2027.
Orientación de vecinos en forma presencial, telefónica y por correo electrónico, Subsidio de Salud 2026 - 2027.
Inscripción, Aprobación y rechazos de convocatorias de Subsidio de Salud
Registro de orientaciones, reinscripciones y aprobación y rechazos de vecinos en Sistema Social ATS.
Estadística Subsidio de Salud 2026 - 2027
Actualización diaria Planilla Decom
Descarga, revisión y asignación de nóminas del Subsidio de Salud 2026 - 2027 TED
Revisión nóminas manuales del Subsidio de Salud.
Emisión de Imputaciones y Decretos Programa Subsidio de Salud 2026-2027 TED
Revisión estado final de nóminas TED
Asignación nóminas virtuales y manuales para revisión
Anfitrión en la recepción, de acuerdo a turnos asignados
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 **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. **Rosa Ester Cubillo Campos**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO