

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

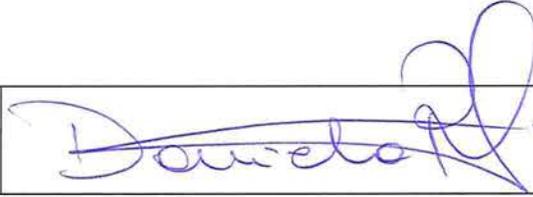
Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	Daniela Ramirez Vidal
RUT	██████████
Profesión	Enfermera
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2025
Período del Contrato	1/1 al 31/12
Función Genérica	Paramédico
Función Especifica	Generar atención básica primaria y orientación en los accidentes que ocurran dentro del recinto deportivo y/o actividades masivas para los vecinos.

Actividades efectuadas en el mes:

Atencion básica primaria de usuarios del Estadio Municipal.
Mantenición de orden de insumos de enfermería.
Registro diario de accidentes y eventualidades de usuarios del Estadio Municipal.
Seguimientos de lesiones significativos de los usuarios del Estadio Municipal.
Orientación a los usuarios accidentados en los pasos a seguir según corresponda.

Firma prestador de los servicios



La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Daniela Ramirez Vidal**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **julio de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Deportes 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **julio** de 2025; 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. **Daniela Ramirez Vidal**.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, _____ julio _____ de _____ 2025
mes año