

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|
|-----|---------|

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | María Fernanda Galaz Galaz |
| RUT | [REDACTED] |
| Profesión | Sin profesión |
| Departamento | Gestión Deportiva |
| Programa Social | Deportes 2025 |
| Período del Contrato | 1/1 al 31/12 |
| Actividad Genérica | Auxiliar Técnico Comunitario. |
| Actividad Específica | Mantener los recintos y espacios limpios e higienizados donde se realicen actividades para los vecinos. |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|--|
| Mantenimiento y limpieza camerines de piscina, que se ocupan como camerines de actividades del gimnasio. |
| Reposición de insumos camerines de piscina, que se ocupan como camerines de actividades del gimnasio. |
| Limpieza de multicanchas. |
| Lavado y secado de vestuario deportivo de los talleres. |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Firma prestador de los servicios

Maria Galaz

El Jefe del Departamento de Gestión Deportiva (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **María Fernanda Galaz Galaz**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre de 2025**, a la prestación de servicios 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 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 **Octubre 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. **María Fernanda Galaz Galaz**.

| | |
|--|---|
| Nombre Jefe de Departamento (S) |  |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |


Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

