

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	ALFONSO JOSÉ ROJAS LAZCANO
RUT	
Profesión	SIN PROFESION
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	MONITOR AVIARIOS
Actividad Específica	ENCARGADO DEL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LOS PAJAROS RESIDENTES EN LOS AVIARIOS.

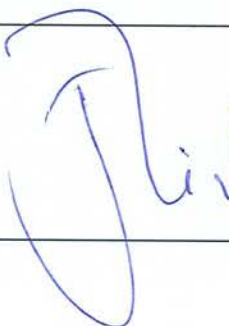

Actividad es efectuadas en el mes:

SUPERVISOR A LAS PERSONAS DEL PROGRAMA INTEGRACION QUE CUIDAN LOS AVIARIOS DEL PARQUE ARAUCANO Y PLAZA PERU.
PROVEER DIFERENRES TIPOS DE ALIMENTOS A LAS AVES.
TRES VIAJES SEMANALES PERMANENTEMENTE A BUSCAR ALIMENTOS VEGETALES PARA LAS AVES.
CIBRIR LOR TURNOS DE LOS DIAS DOMINGOS Y FESTIVOS, CUANDO NO HAY PERSONAL CITADO A ESTAS LABORES.
DAR SOPORTE CUANDO HAY SITUACIONES DE EMEGENCIA EN LOS AVIARIOS (PERMANENTEMENTE DISPOSICION).
MANO DE OBRA REPARACIONES MENORES DE DAÑOS AVIARIOS.
MANO DE OBRA EN LA REPARACION DE MAICILLO, LIMPIEZA DE LOS SUELOS DE LOS AVIARIOS Y NIDOS.
DESMALEZAMIENTO PERIMETRO AVIARIO REPARACION TECHUMBRES Y/O DOMO.

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

El **Jefe del Departamento de Discapacidad(S)**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Alfonso Rojas Lazcano**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **OCTUBRE de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 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 **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 él Sr. **Alfonso Rojas Lazcano**

Nombre Jefe Departamento (S)	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

OCTUBRE

mes

de

2025

año