

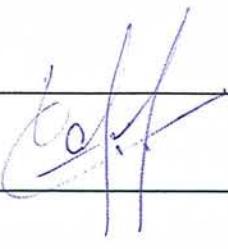
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

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

Nombre	PATRICIO FERNANDO ROMAN MATAMALA
RUT	[REDACTED]
Profesión	KINESIOLOGO
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2025
Período del Contrato	01/01/25 al 31/12/2025
Actividad Genérica	PARAMEDICO
Actividad Específica	Generar la atención básica primaria y orientación en los accidentes que ocurran dentro de los recintos deportivos y/o actividades masivas para los vecinos.

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención básica primaria a usuarios de recinto deportivo parque araucano.
Atención de primeros auxilios a alumnos de talleres deportivos del departamento.
Orientación a los usuarios accidentados post atención en los pasos a seguir según corresponda.
Registro diario de accidentes u eventualidad dentro del recinto.
Mantención, orden de insumos de enfermería.

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

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. **Patricio Roman Matamala**, 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 suscripto, 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. **PATRICIO ROMAN MATAMALA**.

Nombre Jefe Departamento (S)	 YERKO VILCHES U.
Firma y timbre Jefe Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, OCTUBRE _____
mes de 2025 _____ año