

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

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

Nombre	Fernanda Salfate Farias
RUT	[REDACTED]
Profesión	Sin profesión
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	Auxiliar Técnico Comunitario
Actividad Específica	Ejecutar el proceso de mantenimiento del sistema computacional de talleres y atender los requerimientos de la comunidad

Actividades efectuadas en el mes:

REGISTRO DE COMPRAS, EN SISTEMAS INTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE DEPORTES.
INGRESO DE ORDENES DE COMPRAS, EN ESTATUS COMPUTACIONAL INTERNO.
COTIZACION Y LEVANTAMIENTO PARA REALIZAR ADQUISICION DE MATERIALES Y SEVICIOS.
ACTUALIZACION DE INFORMACION, EN SISTEMAS COMPUTACIONALES INTERNOS DE ADQUISICION Y PRESUPUESTO.
EMISION DE DOCUMENTOS, PARA CERTIFICACION, ADQUISICION Y PROYECCION DEL PLAN DE COMPRAS.

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. **Fernanda Salfate Farias**, 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. **Fernanda Salfate Farias**.

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



Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

