

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

| Mes | SEPTIEMBRE |
|-----|------------|
| | |

| Nombre | CLAUDIA ALZAMORA UBEDA |
|-------------------------|---|
| RUT | |
| Profesión | INTÉRPRETE EN LENGUA DE SEÑAS |
| Departamento | DISCAPACIDAD |
| Programa Social | APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025 CLAUDIA ALZAMORA UBEDA, |
| Período del Contrato | 01/01/2025 AL 31/12/2025 |
| Función Genérica | INTÉRPRETE EN LENGUA DE SEÑAS |
| Función Especifica | CUMPLIR FUNCIONES DE INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS EN CHARLAS E INTERVENCIONES CON PERSONA SORDAS. |

Actividad es efectuadas en el mes:

| 1Servicio de interpretación en evento del 6 de septiembre con la presencia de 15 personas Sordas. | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Servicios de interpretación en requerimiento del presidente de la agrupación de Sordos, Ignacio Arellano. | | | |
| 3 Apoyo de interpr | etación a vecinos por requerimiento. | | |
| | | | |
| , | | | |
| · .,.• | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Firma prestador de los servicios

| | 1 / | |
|-----|-------|------|
| | 1. AL | |
| Con | | |
| | T | |
| | | |

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. CLAUDIA ALZAMORA UBEDA, RUT: dio cabal cumplimiento durante el mes Septiembre 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 **Septiembre** 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. CLAUDIA ALZAMORA UBEDA.

| Nombre Jefe de Departamento(S) | JUAN RIVAS SANHUEZA |
|---|---|
| Firma y timbre Jefe de Departamento (S) | DEPARTAMENTO ST DISCAPACIDAD ST DISCAPACIDAD ST DIRECCIÓN DE DIRECCIÓN DE |
| | Mu lugar DE Las Comunitario |

V°B° ØIRECTORA DE DESARROLLO

CAROLINA CONTRERAS BER

Las Condes, SEPTIEMBRE 2025

mes de año