

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Damary Scarlet Cerda Moya
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2026 - 2027
Período del Contrato	1/2/2026 al 31/12/ 2026
Actividad Genérica	Paramédico
Actividad Especifica	Generar atención básica primaria y orientación en los accidentes que ocurran dentro de los recintos deportivos y/o actividades masivas para los vecinos.


Actividades efectuadas en el mes:

Atención básica primaria de usuarios del Estadio Municipal.
Mantenimiento de orden de insumos de enfermería.
Registro diario de accidentes y eventualidades de usuarios del Estadio Municipal.
Seguimientos de lesiones significativas de los usuarios del Estadio Municipal.
Orientación a los usuarios accidentados en los pasos a seguir según corresponda.

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

El jefe del Departamento de Gestión Deportiva, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Damary Scarlet Cerda Moya**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **abril de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Deportes 2026 - 2027**.

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 **abril de 2026**; 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. **Damary Scarlet Cerda Moya**.

Nombre jefe de Departamento	CARLOS IGLESIAS R.
Firma y timbre Jefe de Departamento	



 Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes de año