


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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
Nombre	SERGIO OSSES RAMIREZ
RUT	██████████
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE 2026/2027
Período del Contrato	01-01-2026 / 31-12-2026
Actividad Genérica	MONITOR AUXILIAR
Actividad Específica	Prestar asistencia y apoyo en la infraestructura y servicios para el buen desarrollo de las actividades para la comunidad-

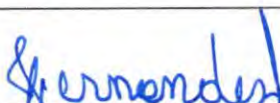

Actividades efectuadas en el mes:

- Apoyar en la mantención de la infraestructura de la Residencia para la superación, realizando limpieza de piscina, revisión de bomba de agua, filtraciones, entre otras actividades.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

La Jefa(S) del Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el Sr. **SERGIO OSSES RAMIREZ, RUT: ██████████** dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE 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 del **Sr. SERGIO OSSES RAMIREZ**

Nombre de Jefa(S) del Departamento	Jessica Fernández Arraño
Firma y timbre de Jefa de Departamento(S)	 

**VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO SANDRA FUENTES MELO**