

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

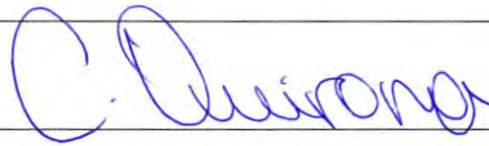
Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	CAROLINA ALEJANDRA QUIROGA ROBLES
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	GESTION DEPORTIVA
Programa Social	DEPORTES 2026-2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO TALLERES DEPORTIVOS
Actividad Especifica	PLANIFICAR, DESARROLLAR Y PROPONER TALLERES DE DESARROLLO FISICO Y ESCUELA DEPORTIVAS Y TODO LO QUE COMPETE A ESTOS.

Actividades efectuadas en el mes:

TRABAJO ADMINISTRATIVO DE TALLERES: Atender las necesidades de todos los talleres que se están impartiendo.
ORIENTACION Y ATENCION DE VECINOS TANTO PRESENCIAL, TELEFONICO COMO CORREO ELECTRONICO.
ATENCION Y ORIENTACION A JUNTA DE VECINOS: Actualización de información de talleres, recepción de solicitudes de talleres, actualizar sistema social PSL.
REVISION COMPLETA DE SISTEMA SOLCIAL PSL 24
TRABAJO ADMINISTRATIVO PROPIO DEL DEPARTAMENTO GESTION DEPORTIVA

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. **Carolina Quiroga R.**, 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. **Carolina Quiroga R.**

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



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año