

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

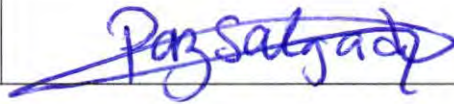
<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	PAZ SOFIA SALGADO SALGADO
RUT	██████████
Profesión	██
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2026-2027
Período del Contrato	01/01/26 al 31/12/2026
Actividad Genérica	PARAMEDICO
Actividad Específica	Generar la atención básica primaria y orientación en los accidentes que ocurran dentro de los recintos deportivos y/o actividades masivas para los vecinos.

Actividad es efectuadas en el mes:


Atención básica primaria a usuarios de recinto deportivo parque araucano.
Atención de primeros auxilios a alumnos de talleres deportivos del departamento.
Orientación a los usuarios accidentados post atención en los pasos a seguir según corresponda.
Registro diario de accidentes u eventualidad dentro del recinto.
Mantenimiento, orden de insumos de enfermería.

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. **PAZ SALGADO SALGADO**, 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. **PAZ SALGADO SALGADO**.

Nombre Jefe Departamento	Carlos Iglesias Rodríguez.
Firma y timbre Jefe Departamento	

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año