

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	Claudia Andrea Alzamora Ubeda
RUT	
Profesión	
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas con discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Intérprete en lengua de señas
Actividad Específica	Cumplir funciones de interprete de lengua de señas en charlas e intervenciones con personas sordas.

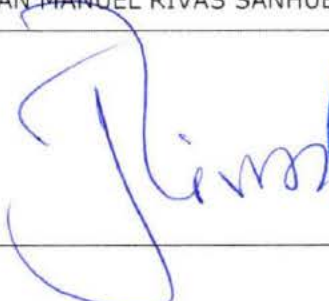
Actividades efectuadas en el mes:

Apoyo en interpretación de vecinos sordos cuando lo requieren en los servicios municipales y actividades a la comunidad.
Interpretación en lengua de señas en evento "Empléate Inclusión".
Elaboración de videos que informan a la comunidad con interpretación de señas.
Interpretación en evento "Día Nacional de las Personas Sordas"

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

El jefe (s) del Departamento de Discapacidad, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Claudia Andrea Alzamora Ubeda**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto 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 **Apoyo a personas con discapacidad 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 **Agosto 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. **Claudia Andrea Alzamora Ubeda**.

Nombre jefe (s) del Departamento de Discapacidad	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (s) del Departamento de Discapacidad	 


VºBº DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año