

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

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

Nombre	Sebastián Araneda Lobos
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Gestión Deportiva
Programa Social	Deportes 2026-2027
Período del Contrato	1/1 al 31/12
Actividad Genérica	Paramédico
Actividad Específica	Generar atención básica primaria y orientación en los accidentes que ocurran dentro del recinto deportivo y/o actividades masivas para los vecinos.

Actividades efectuadas en el mes:

Atención básica primaria de usuarios del Estadio Municipal Patricia.
Mantencción de orden de insumos de enfermería.
Registro diario de accidentes y eventualidades de usuarios del Estadio Municipal Patricia.
Seguimientos de lesiones significativos de los usuarios del Estadio Municipal Patricia.
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. **Sebastián Araneda Lobos**, 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 **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 **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. **Sebastián Araneda Lobos**.

Nombre Jefe Departamento	CARLOS IGLESIAS RODRÍGUEZ
Firma y timbre Jefe Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2026

año