

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

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

Nombre	JUAN FERNANDO BRAVO GARCIA
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	ATENCIONES AMBULATORAS DE SALUD 2026-2027
Período del Contrato	20/08/2026-31/10/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	REVISION DE DOCUMENTOS PARA LA INSCRIPCION AL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

Revisión nóminas manuales del Subsidio de Salud, manuales y virtuales.

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

El jefe de Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. Juan Fernando Bravo García 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 Social Integral en Salud 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. **Juan Fernando Bravo García**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller	
Firma y timbre Jefe de Departamento		


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año