

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

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

Nombre	PAULA GALIMIDI VALENZUELA
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	12/08/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	MANEJO Y CONTROL DE LOS AVIARIOS

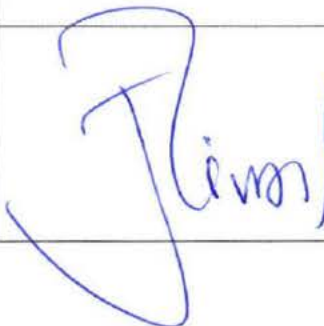
Actividades efectuadas en el mes:

Evaluación periódica del estado general de las aves.
Supervisión de las condiciones de habitabilidad, higiene, ventilación, iluminación, temperatura, disponibilidad de agua y alimentación.
Orientación sobre requerimientos nutricionales, tipos de alimento, frecuencia de alimentación y condiciones adecuadas de almacenamiento.
Orientación sobre técnicas adecuadas para aproximación, manipulación, traslado y contención de las aves, minimizando situaciones de estrés.
Capacitación a los participantes del aviario sobre cuidado responsable, alimentación, higiene, reconocimiento de signos de alerta y manejo seguro de las aves.
Realización de actividades educativas sobre bienestar animal, tenencia responsable, conservación y cuidado de aves.
Elaboración de material visual, fichas, señaléticas y recursos educativos relacionados con el cuidado de las aves.
Mantenimiento de registros básicos sobre alimentación, comportamiento, controles, incidentes y observaciones de las aves.

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

El jefe (s) de 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. **PAULA GALIMIDI VALENZUELA**, 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 Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **PAULA GALIMIDI VALENZUELA**.

Nombre Jefe (s) de Departamento	Juan Manuel Rivas Sanhueza
Firma y timbre Jefe (s) de Departamento	 

V°B° DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año