

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

Mes	AGOSTO 2026
------------	--------------------

Nombre	Miguel Ángel Bello Orellana
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Operativo
Programa Social	Programa Centros de Seguridad 2026
Período del Contrato	01/01/2026 al 31/12/2026
Prestación de Servicio	Monitor y gestor de procedimientos

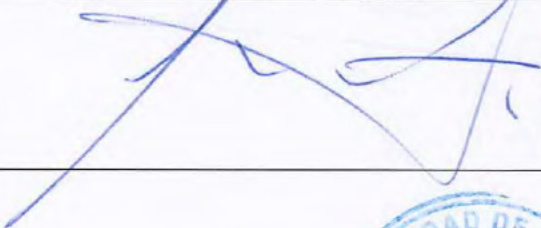
Actividades efectuadas en el mes:

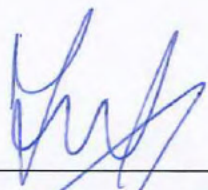
Se aseguró que la información del despacho se encuentre completa, según tipo de evento
Se apoyó al operador radial en la entrega de procedimientos, al personal en terreno.
Se gestionó con carabineros e instituciones de seguridad y emergencias, según tipo de eventos.
Se informó al supervisor de turno, sobre procedimientos definidos.
Se aseguró la calidad de los procedimientos de principio a fin.
Se verificó cumplir con las otras obligaciones propias del programa de la central de comunicaciones y centros de seguridad.

Firma prestador de los servicios	
---	--

El Jefe del Departamento (S) y el director, de Seguridad Pública, de la Municipalidad de Las Condes, que firman al pie del presente Informe, Certifican y acreditan fehacientemente que el/la Sr/a. **Miguel Ángel Bello Orellana**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento, durante el mes de **AGOSTO de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para lo cual fue contratado (a) de acuerdo al respectivo Contrato a Honorarios, con cargo al Programa Centros de Seguridad **2026**.

Asimismo, aprueban el presente informe mensual de actividades, realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por los suscritos, 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. **Miguel Ángel Bello Orellana**.

Nombre Jefe (S) de Departamento	PATRICIO ALBERTO ROJAS VILLAR
Firma y timbre Jefe (S) Departamento	 


V°B° DIRECTOR DE SEGURIDAD PÚBLICA
JAIME JOAQUÍN IZARNÓTEGUI LÓPEZ



Las Condes, Septiembre de 2026
mes de año