

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

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	ALFONSO ROJAS LAZCANO
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-12/31/2026
Actividad Genérica	MONITOR AVIARIO
Actividad Especifica	CUMPLIR FUNCIONES DE CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LOS PAJAROS RESIDENTES EN LOS AVIARIOS

Actividades efectuadas en el mes:

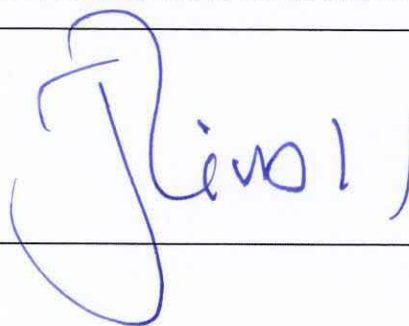
Retiro de verduras 3 veces a la semana.
Asistencia y Supervisión de los aviarios en días festivos y domingos.
Reparación de rejas en aviarios Plaza Perú.
Entrega y distribución de alimentos para las aves.
Entrega y distribución del agua para las aves.
Cuidado, mantenimiento y reposición de los diversos elementos presentes en los aviarios: rejas, comederos, bebederos, maicillo, pileta y los nidos de aves.
Guía, orientación y entrega de indicaciones a participantes de Aviario.
Supervisión por el estado de salud y bienestar de las aves.
Asistir en situaciones de emergencias: cubrir turnos de emergencia, asistencia de aves y relacionamiento con vecinos.
Traslado de alimentos de Casa Encuentro a Aviarios.

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. **Alfonso Rojas Lazcano**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO 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 **ENERO 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. **Alfonso Rojas Lazcano**.

Nombre Jefe(S) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe(S) de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS