



MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	ABRIL
-----	-------

Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
RUT	[REDACTED]
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas en situación de discapacidad 2025
Período del Contrato	01/03/2025 – 31/12/2025
Función Genérico	Gestor técnico comunitario
Función Específico	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los beneficiarios del programa apoyo a personas en situación de discapacidad 2025

Actividad es efectuadas en el mes:

Orientación, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente.
Apoyo en la planificación del Taller Vida Independiente 2025.
Actividad de inicio del Taller Vida Independiente dirigido a usuarios/as y/o familiares.
Realización del módulo "Autonomía Personal" del taller Vida Independiente 2025.
Reunión sobre el Programa de Neo Inclusión con la Fundación Nexo Inclusivo.
Reunión con equipo del Departamento de Desarrollo Local.
Reunión con empresa Casa Ideas como seguimiento de caso laboral.
Reunión y contacto con la Oficina de Discapacidad de La Reina.
Reunión con Departamento de Adulto Mayor para derivación de casos.
Seguimiento laboral de casos particulares.
Agendamiento y entrevistas de ingreso.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Seguimiento de los procesos de acompañamientos activos del Programa de Acompañantes Comunitarios 2025.
Reunión mensual de los Acompañantes Comunitarios.
Apoyo y participación en la programación de charlas día del Autismo programada para mes de Abril.
Apoyo a usuario con propuesta de Taller "Club de Amigos"
Aplicación de IVADEC y apoyo en la orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Derivación de casos IVADEC a evaluadora de la COMPIN.



MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

Firma prestador de los servicios

El Jefe del 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. **FERNANDA BELÉN SOBARZO ÁLVAREZ**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **ABRIL de 2025**; 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. **FERNANDA BELÉN SOBARZO ÁLVAREZ**

Nombre Jefe Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe Departamento	

Las Condes, ABRIL mes de 2025 año