

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	CARREÑO CHECA BLANCA
RUT	██████████
Profesión	KINESIÓLOGA
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01-01/31-12
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO ACTIVIDADES PARA LOS PROFESIONALES Y BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

Actividad es efectuadas en el mes:

Coordinación y supervisión de todos los servicios terapéuticos.
Aplicación de IVADEC y envío de informe posterior.
Trabajo para la formulación de programa 2026 del Departamento de Discapacidad.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar lista de postulación a los Servicios Terapéuticos.
Gestionar boletas de honorarios e informes mensuales de actividades del personal a cargo.
Apoyo durante realización de Feria de Emprendedores del Departamento de Discapacidad.
Atención espontánea en Casa Encuentro.
Respuestas telefónicas y de correos ante las solicitudes de apoderados, usuarios y profesionales.
Reuniones de Equipo del Departamento.
Reuniones de Equipo Área Terapéutica.
Realizar entrevistas de ingreso a nuevos usuarios del Departamento de Discapacidad.
Atenciones de Kinesiología en domicilio a personas con dependencia severa.
Evaluación de ofertas presentadas para la compra de materiales solicitados por Mercado Público.
Coordinación continua con monitor de Gastronomía tanto para la realización del taller como para entrega de materiales solicitados.

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

**DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Blanca Carreño Checa**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto 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 suscrito, 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 **Agosto 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. **Blanca Carreño Checa**.

Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora Desarrollo Comunitario	

  
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes de año