

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

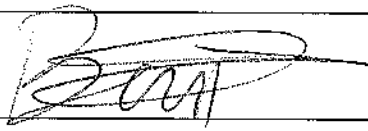
Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	Bernardita Paz Molina Romero
RUT	
Profesión	Trabajadora social
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas en situación de discapacidad 2025
Período del Contrato	16/06/2025 – 31/12/2025
Función Genérica	Gestor técnico comunitario
Función Específica	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:

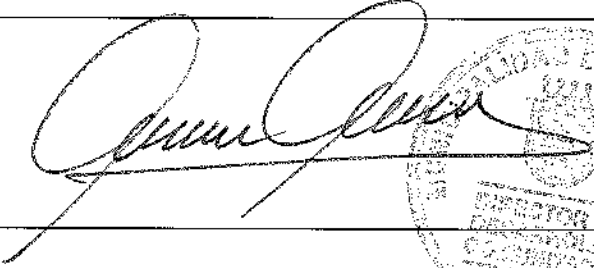
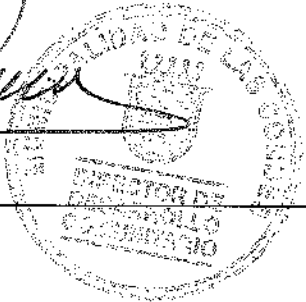
Diseño, evaluación y seguimiento de intervenciones en el ámbito psicosocial, con enfoque individual, familiar y comunitario.
Coordinación con triada psicosocial para evaluación y seguimiento de casos.
Visitas domiciliarias individuales y/o dupla.
Reuniones de Equipo para gestión y coordinación de casos.
Realización de Informe Social de Redes de Apoyo y orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Realización de entrevistas de ingreso o reingreso a futuros beneficiarios del programa.
Acompañamiento y psicoeducación del grupo familiar de los usuarios.
Registro de intervenciones en fichas de seguimientos y ATS.
Asesorías de atención social al usuario y/grupo familiar de manera remota y/o presencial a beneficiarios del programa.
Evaluación socioeconómica de usuarios para procesos de postulación a subsidios.
Derivación oportuna a otros departamentos municipales, programas o instituciones externas, según los requerimientos identificados en la intervención.
Apoyo evento feria de emprendimiento

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. **BERNARDITA PAZ MOLINA ROMERO**, 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. **BERNARDITA PAZ MOLINA ROMERO**

Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes,

AGOSTO

 de

2025

mes

año