

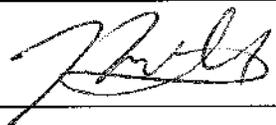
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	VICTORIA DEL CARMEN RUBIO HERRERA
RUT	██████████
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

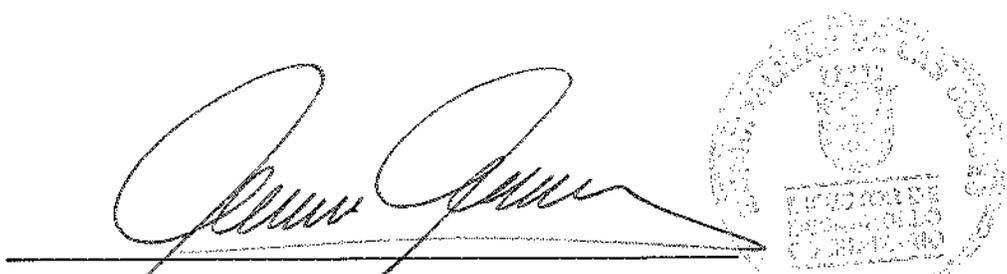
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD. COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN ÁREA CORRESPONDIENTE.
GESTIÓN Y COORDINACIÓN FERIA DE EMPRENDIMIENTO 23 DE AGOSTO: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, SOLICITUD DE MATERIALES, GRAFICA, COORDINACIÓN USUARIOS Y EQUIPO.
REALIZACIÓN DE EVALUACIONES DE IVADEC. COORDINACIÓN, APLICACIÓN, REALIZACIÓN DE OBSERVACIONES, ENVÍO DE INFORME, APOYO EN SUBIR DOCUMENTACIÓN.
TALLER VIDA INDEPENDIENTE: REALIZACIÓN DE MÓDULO DE ENCUADERNACIÓN CON FUNDACIÓN NEO INCLUSIÓN, APOYO EN REALIZACIÓN DE CUADERNOS, SEGUIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO, COORDINACIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS.
COORDINACIÓN DE INICIO DE ATENCIONES DE T.O. REUNIÓN EQUIPO PSICOSOCIAL, ABORDAJE TEMAS TALLER VIDA INDEPENDIENTE Y CASOS PSICOSOCIALES.
COORDINACIÓN DIARIA MONITOR AVIARIO, REGISTRO FOTOGRÁFICO, REUNIÓN, PLANIFICACIÓN DE VISITAS PRESENCIALES, COORDINACIÓN DE TURNOS Y ASISTENCIA, ENVÍO DE CORREO CON CUMPLIMIENTO DE MES A ASISITENTE SOCIAL PARA POSTERIOR PAGO.
SOLICITUD DE COMPRAS, EVALUACIONES TÉCNICAS Y SEGUIMIENTO DE LO SOLICITADO; ARTÍCULOS DE MASCOTAS Y ALIMENTO PARA AVES.
GESTIÓN DE CASOS; TOMA DE CONTACTO CON DERIVACIONES PARA EMPRENDIMIENTO, TALLER VIDA INDEPENDIENTE O LABORAL. CITACIÓN PRESENCIAL SEGÚN CASO.
REUNIÓN DE EQUIPO DISCAPACIDAD. ACCIONES ADMINTIRATIVAS; ATS, ORIENTACIÓN TELEFÓNICA Y RESPUESTAS CORREO ELECTRÓNICO.
REALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE FICHAS DE PARTICIPANTES TALLER VIDA INDEPENDIENTE.

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 la Sta. **Victoria Rubio Herrera**, 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 Sta. **Victoria Rubio Herrera**.

Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora	

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes de año

