

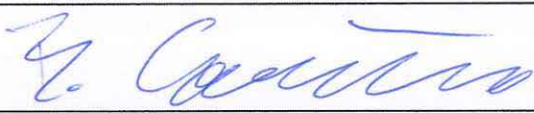
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	BLANCA CARREÑO CHECA
RUT	
Profesión	KINESIÓLOGA
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los profesionales y beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Coordinación y supervisión de los servicios terapéuticos que ofrece el Área a los usuarios del Departamento de Discapacidad.
Aplicación de IVADEC y envío de informe posterior.
Gestiones para contratación 2026 de personal a Honorarios.
Apoyo en módulos en conjunto de Taller Terapéutico de Gastronomía y Talleres de Vida Independiente en preparación de alimentos.
Realizar entrevistas de ingreso a nuevos usuarios del Departamento de Discapacidad.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar y mantener actualizada la lista de postulación de los Servicios Terapéuticos.
Gestión y revisión de informes mensuales de actividades y boletas de honorarios del personal a cargo para su correspondiente pago.
Atención espontánea en Casa Encuentro.
Respuestas telefónicas y de correos ante las solicitudes de apoderados, usuarios y profesionales.
Participación en reuniones de Equipo del Departamento de Discapacidad donde se entregan indicaciones y orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada.
Liderar reuniones de equipo del Área Terapéutica donde se entregan indicaciones y orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada y comentar casos para intervenir de forma multidisciplinaria.
Coordinación continua con monitor de Gastronomía tanto para la realización del taller como para entrega de materiales solicitados.
Apoyo ante el cierre de año de atenciones de parte del personal por hora.

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

El jefe (s) 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. **Blanca Carreño Checa**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, 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 2025**.

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 **Diciembre 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**.

Nombre jefe (s) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (s) de Departamento	



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS