

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

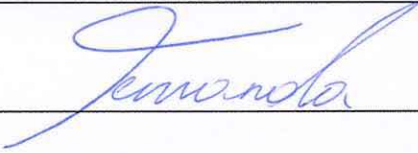
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

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

Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
RUT	
Profesión	
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas con discapacidad 2025
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los beneficiarios del programa apoyo a personas en situación de discapacidad 2025

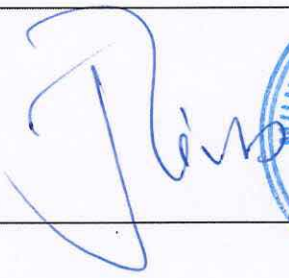
Actividades efectuadas en el mes:

Orientación, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente / Psicosocial.
Cierre del Taller Vida Independiente 2025.
Realización de la jornada salida de compras y preparación de alimentos para el módulo de "Autonomía Personal" del Taller Vida Independiente 2025.
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.
Seguimiento de los participantes pertenecientes al Programa de Aviarío 2025.
Realización del encuentro entre participantes del programa Aviarío y Acompañamientos Comunitarios.
Entrega de IVADEC y apoyo en la orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Apoyo en coordinación y participación en el Evento Feria de Emprendimiento en Empresa Siemens.
Apoyo en coordinación y participación en Feria de Emprendimiento para evento en Empresa Verisure.
Derivación de casos a Nexo Inclusivo.
Reunión con Fundación Nexo Inclusivo y seguimiento de casos.
Derivación de casos al área psicosocial del Departamento de Discapacidad.

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

El jefe del Departamento de Discapacidad(S), 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 **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. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**.

Nombre Jefe de Departamento(S)	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe de Departamento(S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS