

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

Mes	FEBRERO
-----	---------

Nombre	SALAZAR ASTORGA JOHANNA DEL CARMEN
RUT	[REDACTED]
Profesión	SECRETARIA.
Departamento	DISCAPACIDAD.
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
Período del Contrato	01/01 AL 31/12
Cometido Genérico	GESTOR TECNICO COMUNITARIO.
Cometido Específico	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

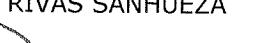
Actividades efectuadas en el mes:

<ul style="list-style-type: none"> • Envío, registro y recepción de correspondencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Registrar en lista de espera para un posible segundo llamado de subsidios 2025.
<ul style="list-style-type: none"> • Agendar horas a los usuarios para inscribirse en el Departamento de Discapacidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Agendar horas a usuarios para IVADEC.
<ul style="list-style-type: none"> • Entregar información de requisitos para obtener la credencial de discapacidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar y agendar terreno Asistentes Sociales para Informes Sociales y de RED.
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar vehículo entre los Departamentos de Discapacidad, Desarrollo local y Organizaciones Comunitarias.
<ul style="list-style-type: none"> • Envío y recepción de correo.
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en reuniones mensuales del departamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de usuarios telefónicamente.

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

El Jefe del Departamento de Discapacidad, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **FEBRERO de 2025**, al cometido 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 del cometido objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución del cometido conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **FEBRERO** 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 Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga.**

Nombre Jefe Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe Departamento	

Las Condes, FEBRERO de 2025
mes año