

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

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

Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
RUT	[REDACTED]
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01/01/2025-31/12/2025
Cometido Genérico	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Cometido Específico	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA APOYO A PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD 2025

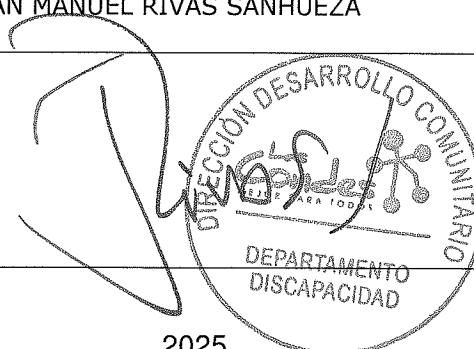
Actividad es efectuadas en el mes:

Evaluaciones de manera remota y/o presencial correspondiente al área de Vida Independiente.
Asesorías de Terapia Ocupacional de manera remota y/o presencial correspondiente al área de Vida Independiente.
Seguimientos de manera remota y/o presencial correspondiente al área de Vida Independiente.
Derivaciones de usuarios al área correspondiente de acuerdo con sus necesidades.
Apoyo en la planificación y organización del Taller de Vida Independiente 2025.
Registro de acciones de intervención en fichas de seguimientos y ATS.
Visitas domiciliarias.
Aplicación evaluación de IVADEC
Evaluación y visitas domiciliarias de los beneficiarios para ser acompañados en el programa de los "Acompañantes Comunitarios".
Contacto y entrevistas a las personas interesadas para participar del programa "Acompañantes Comunitarios".
Realización de entrevistas de ingreso para el Departamento de Discapacidad de Las Condes.

Firma prestador de los servicios	<i>Fernanda</i>
----------------------------------	-----------------

El Jefe 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. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**, 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/el Sra./Sr. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**

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

Las Condes, FEBRERO mes 2025 año