LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

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

Mes	JULIO

Nombre	Alondra Betania Fenoglio Castillo
RUT	[redacted]
Profesión	Psicóloga
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas en situación de discapacidad 2025
Período del Contrato	01/03/2025 – 31/12/2025
Función Genérico	Gestor técnico comunitario
Función Especifico	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los beneficiarios del programa apoyo a personas en situación de discapacidad 2025

Actividad es efectuadas en el mes:

Orientación, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente.
Apoyo en la planificación del Taller Vida Independiente 2025.
Realización del módulo "Psicoeducativo" del taller Vida Independiente 2025.
Registro de intervenciones en fichas de seguimientos y ATS.
Realización de entrevistas de ingreso a futuros beneficiarios del programa y sus familias.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Asesorías de atención psicológica de manera remota y/o presencial a beneficiarios del programa.
Seguimiento de procesos a beneficiarios del programa.
Derivación de usuarios al área correspondiente de acuerdo con sus necesidades.
Reuniones de equipo.
Diseño, evaluación y seguimiento de intervenciones en el ámbito psicosocial, con enfoque individual, familiar y comunitario.
Coordinación con triada psicosocial para evaluación y seguimiento de casos.
Realización de entrevistas de evaluación diagnostica a usuarios derivados o en proceso de ingreso a atención psicológica.
Realización de sesiones de acompañamiento psicológico a beneficiarios del programa y sus familias.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

Firma prestador de los servicios	fenoglio

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. **Alondra Betania Fenoglio Castillo**, RUT: [redacted], dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO 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 **JULIO** 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. **ALONDRA BETANIA FENOGLIO CASTILLO**

Nombre Jefe (S) Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe (S) Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO DISCAPACIDAD DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, JULIO (mes) de 2025 (año)