

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

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 AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO ACTIVIDADES PARA LOS PROFESIONALES Y BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

Coordinación y supervisión de todos los servicios terapéuticos.
Aplicación de IVADEC y envío de informe posterior.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar lista de postulación a los Servicios Terapéuticos.
Gestionar boletas de honorarios e informes mensuales de actividades del personal a cargo.
Atención espontánea en Casa Encuentro.
Respuestas telefónicas y de correos ante las solicitudes de apoderados, usuarios y profesionales.
Reuniones de Equipo del Departamento.
Reuniones de Equipo Área Terapéutica.
Realizar entrevistas de ingreso a nuevos usuarios del Departamento de Discapacidad.
Coordinación continua con monitor de Gastronomía tanto para la realización del taller como para entrega de materiales solicitados.
Apoyo previo, durante y posterior a la realización del Campeonato de Baile de Exhibición organizado por el Departamento de Discapacidad.
Apoyo previo, durante y posterior a la realización de las 10° Olimpiadas Deportivas para PcD organizado por el Departamento de Discapacidad.
Trabajo para la formulación de programa 2026 del Departamento de Discapacidad.
Reuniones con equipo de Vida Independiente para formulación de proyecto en conjunto con taller de Gastronomía.

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 **Octubre 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 **Octubre 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	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año