

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

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

Nombre	JOHANNA DEL CARMEN SALAZAR ASTORGA
RUT	[REDACTED]
Profesión	SECRETARIA
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025.
Período del Contrato	01/01 AL 31/12 2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO.
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

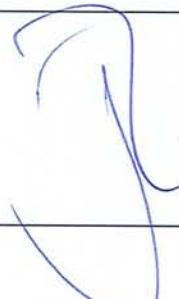
Envío, registro y recepción de correspondencia.
Registrar usuarios para Ingreso al Departamento de Discapacidad, Informe Social y de Redes de Apoyo, IVADEC.
Entregar información de requisitos para obtener la credencial de discapacidad.
Envío y recepción de correo.
Participar en reuniones mensuales del departamento.
Atención de usuarios telefónicamente.
Ingreso de documentos y recepción por OFPA.
Orientación del como subir los documentos para credencial de Discapacidad a la COMPIN.
Organizar, coordinar y agendar calendario de vehículo terreno entre Departamento de Discapacidad y Desarrollo local.
Contactar telefónicamente a los postulantes a los subsidios 2026 agendar hora con Asistentes sociales y enviar vía correo electrónico los documentos que deben presentar.
Agendar sala reuniones para atención Psicóloga e IVADEC.
Apoyo en las 10° Olimpiadas Deportivas para PCD organizado por el Departamento de Discapacidad.
Apoyo en Feria Emprendedores

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 la Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**, 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 Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS