

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

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

Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
RUT	
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas en situación de discapacidad 2025
Período del Contrato	01/01/2025 - 31/12/2025
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los beneficiarios del programa apoyo a personas en situación de discapacidad 2025

Actividades efectuadas en el mes:

Orientación, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente / Psicosocial.
Apoyo en actividades y planificación del Taller Vida Independiente 2025.
Realización del módulo "Autonomía Personal" del Taller Vida Independiente 2025.
Planificación jornada de cocina para el módulo de "Autonomía Personal" del Taller Vida Independiente 2025.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Seguimiento de los procesos de acompañamientos activos del Programa de Acompañantes Comunitarios 2025.
Coordinación en actividad de encuentro entre participantes del programa Aviarío y Acompañamientos Comunitarios.
Aplicación de IVADEC y apoyo en la orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Derivación de casos IVADEC a evaluadores del COMPIN.
Apoyo y participación en el Evento Feria de Emprendimiento del Parque Araucano.
Participación en el Evento de Olimpiadas Deportivas.
Reunión con Empresa Siemens para vinculación con área de emprendimiento.
Derivación de casos a COSAM.
Derivación de casos a Nexo Inclusivo.
Derivación de casos al área psicosocial del Departamento de Discapacidad.

Firma prestador de los servicios

Fernanda

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 el/la Sr/a. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**, 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. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año