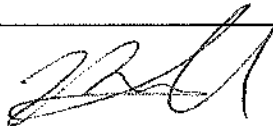


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	VICTORIA DEL CARMEN RUBIO HERRERA
RUT	
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

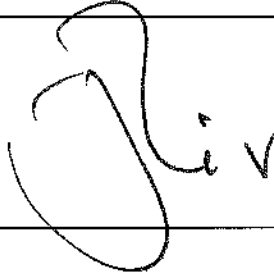
Actividades efectuadas en el mes:

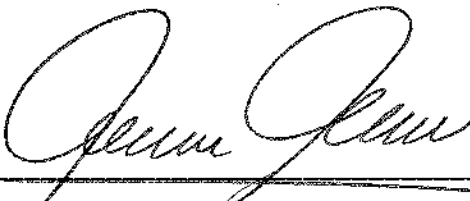
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD. COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN ÁREA CORRESPONDIENTE.
REALIZACIÓN DE EVALUACIONES DE IVADEC. COORDINACIÓN, APLICACIÓN, REALIZACIÓN DE OBSERVACIONES, ENVÍO DE INFORME, APOYO EN SUBIR DOCUMENTACIÓN.
TALLER VIDA INDEPENDIENTE: REALIZACIÓN DE MÓDULO DE ENCUADERNACIÓN CON FUNDACIÓN NEO INCLUSIÓN, APOYO EN REALIZACIÓN DE CUADERNOS, SEGUIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO, COORDINACIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS.
COORDINACIÓN DE INICIO DE ATENCIONES DE T.O. REUNIÓN EQUIPO PSICOSOCIAL: TÉRMINO DE PROTOCOLO ANTE CRISIS Y PAUTA DE EVALUACIÓN INTERMEDIA.
COORDINACIÓN DIARIA MONITOR AVIARIO, REGISTRO FOTOGRÁFICO, REUNIÓN, COORDINACIÓN DE TURNOS Y ASISTENCIA, ENVÍO DE CORREO CON CUMPLIMIENTO DE MES A ASISITENTE SOCIAL PARA POSTERIOR PAGO. COORDINACIÓN ACTIVIDAD RECREATIVA
SOLICITUD DE COMPRAS, EVALUACIONES TÉCNICAS Y SEGUIMIENTO DE LO SOLICITADO; ARTÍCULOS DE MASCOTAS Y ALIMENTO PARA AVES.
GESTIÓN DE CASOS; TOMA DE CONTACTO CON DERIVACIONES PARA EMPRENDIMIENTO, TALLER VIDA INDEPENDIENTE O LABORAL. CITACIÓN PRESENCIAL SEGÚN CASO.
REUNIÓN DE EQUIPO DISCAPACIDAD. ACCIONES ADMINTIRATIVAS; ATS, ORIENTACIÓN TELEFÓNICA Y RESPUESTAS CORREO ELECTRÓNICO.
GESTIÓN FIESTA DE LA CHILENIDAD; COORDINACIÓN, SELECCIÓN, SOLICITUD DE CARTELES, TURNOS ROTATIVOS, ENVÍO DE INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO TELEFÓNICO.
PLANIFICACIÓN FERIA FIESTAS PATRIAS EN FAMILIA; SELECCIÓN DE PARTICIPANTES, ENVÍO DE INFORMACIÓN EMAIL, SEGUIMIENTO TELEFÓNICO, CONSIDERACIÓN DE ADECUACIONES.

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 Sta. **Victoria Rubio Herrera**, RUT: [REDACTED] dio cabal a sus funciones durante el mes **SEPTIEMBRE de 2025**, a las funciones 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 las funciones 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 las funciones conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **SEPTIEMBRE** 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 Sta. **Victoria Rubio Herrera**

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS