

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

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

Actividad es efectuadas en el mes:

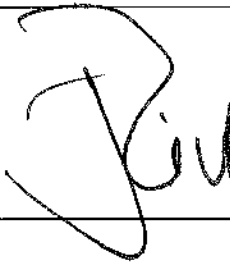
Envío, registro y recepción de correspondencia.
Registrar usuarios para Ingreso al Departamento de Discapacidad, Informe Social y de Redes de Apoyo, IVADEC.
Entregar información de requisitos para obtener la credencial de discapacidad.
Envío y recepción de correo.
Participar en reuniones mensuales del 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.
Apoyo en la Feria emprendedores Parque Padre Hurtado.
Agendar sala reuniones para atención Psicóloga e IVADEC.
Apoyo en la Fiestas Patrias en Familia 06 de septiembre 2025.

Firma prestador de los servicios



JEFE 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: XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre 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 **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 Sra. **Johanna 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

Las Condes,

SEPTIEMBRE

mes

de

2025

año