

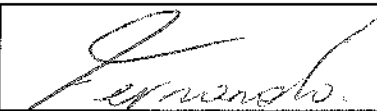
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.**

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

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
Función Genérica	Gestor técnico comunitario
Función Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando actividades para los beneficiarios del programa apoyo a personas en situación de discapacidad 2025

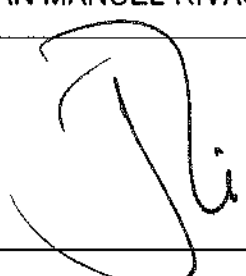
Actividad es efectuadas en el mes:

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.
Agendamiento y entrevistas de ingreso.
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.
Entrevistas a personas interesadas en el Programa de Acompañantes Comunitarios.
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 de Fiestas Patrias en Familia 2025.
Apoyo a emprendedores del Departamento de Discapacidad en el evento de la Semana de la Chilenidad 2025.

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 el/la Sr/a. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**, RUT: [REDACTED], 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/el Sra./Sr. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS