


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Carreño Checa Blanca
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a Personas con Discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, preparar actividades para los profesionales y beneficiarios del programa.



Actividades efectuadas en el mes:

Organización y gestión de los servicios terapéuticos que ofrece el Área Terapéutica a los usuarios del Departamento de Discapacidad.
Organizar y gestionar el inicio de las atenciones por parte del personal por hora.
Confirmación con los encargados de Centros Comunitarios y de Spa el Alba, el uso de sus instalaciones para la realización de terapias y talleres terapéuticos grupales.
Aplicación de IVADEC para la obtención de la Credencial de Discapacidad.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar y mantener actualizada la lista de postulación de los Servicios Terapéuticos.
Gestión y revisión de informes mensuales de actividades y boletas de honorarios del personal del Área Terapéutica para su correspondiente pago.
Atención espontánea en Casa Encuentro.
Respuestas telefónicas y de correos ante las solicitudes de apoderados, usuarios y profesionales.
Participación en reuniones de Equipo del Departamento de Discapacidad donde se entregan indicaciones y orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada.
Organización de reuniones de equipo del Área Terapéutica donde se entregan orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada y comentar casos para intervenir de forma multidisciplinaria.
Resolver en conjunto con el personal por hora, las necesidades tanto para la realización de las atenciones, como para entrega de materiales requeridos.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe (s) del Departamento de Discapacidad, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Blanca Carreño Checa**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Abril de 2026**, 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 2026-2027**.

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 **Abril de 2026**; 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. **Blanca Carreño Checa**.

Jefe (s) del Departamento de Discapacidad	Juan Manuel Rivas Sanhueza
Firma y timbre Jefe (s)	 



 V^oB^o DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ Abril _____ 2026
 mes de año