


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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	Alondra Betania Fenoglio Castillo
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas con discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 – 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficiarios del programa

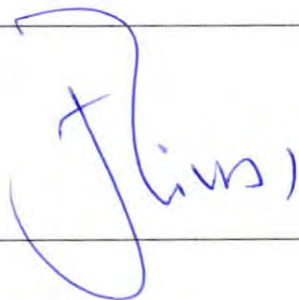

Actividades efectuadas en el mes:

Orientación, atenciones, y evaluaciones individuales o en dupla a participantes pertenecientes del Área Vida Independiente y/o Psicosocial.
Evaluaciones a participantes del Taller de Vida Independiente del año 2025 para determinar su continuidad o egreso en 2026.
Evaluación a personas interesadas en ser parte del Taller de Habilidades para la Vida 2026.
Entrega de resultados y selección final del proceso de evaluación de personas interesadas en participar en el Taller de Habilidades para la Vida 2026.
Planificación y organización de la actividad de inauguración y los módulos del "Taller de Habilidades para la Vida 2026".
Reunión con equipo del Centro Comunitario Diaguitas para organización de trabajo junto al "Taller de Habilidades para la Vida 2026".
Registro de intervenciones en fichas de seguimientos y ATS.
Realización de entrevistas de ingreso a futuros beneficiarios del programa y sus familias.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Asesorías de atención psicológica de manera remota y/o presencial a beneficiarios del programa.
Seguimiento de procesos a beneficiarios del programa.
Derivación de usuarios al área correspondiente de acuerdo con sus necesidades.
Participación en reuniones de equipo.
Diseño, evaluación y seguimiento de intervenciones en el ámbito psicosocial, con enfoque individual, familiar y comunitario.
Realización de entrevistas de evaluación psicológica a usuarios derivados o en proceso de ingreso a acompañamiento psicológico.
Realización de sesiones de acompañamiento psicológico a beneficiarios del programa y sus familias.

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. **ALONDRA BETANIA FENIGLIO CASTILLO**, 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. **ALONDRA BETANIA FENOGLIO CASTILLO**

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


  
 V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 mes año