

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

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

Nombre	Bernardita Paz Molina Romero
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	Trabajadora social quien apoyara en la evaluación y entrega de subsidios y redes de apoyo.

Actividades efectuadas en el mes:

Diseño, evaluación y seguimiento de intervenciones en el ámbito psicosocial, con enfoque individual, familiar y comunitario.
Participación con triada psicosocial para evaluación y seguimiento de casos.
Visitas domiciliarias individuales y/o dupla.
Reuniones de Equipo para gestión y de casos.
Realización de Informe Social de Redes de Apoyo y orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Realización de entrevistas de ingreso o reingreso a futuros beneficiarios del programa.
Acompañamiento y psicoeducación del grupo familiar de los usuarios.
Registro de intervenciones en fichas de seguimientos y ATS.
Asesorías de atención social al usuario y/grupo familiar de manera remota y/o presencial a beneficiarios del programa.
Evaluación socioeconómica de usuarios para procesos de postulación a subsidios.
Derivación oportuna a otros departamentos municipales, programas o instituciones externas, según los requerimientos identificados en la intervención.

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. **BERNARDITA PAZ MOLINA ROMERO**, 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. **BERNARDITA PAZ MOLINA ROMERO**.

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, ABRIL de 2026
mes año