

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

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

Nombre	JOHANNA DEL CARMEN SALAZAR ASTORGA
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 TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

<ul style="list-style-type: none"> • Envío, registro y recepción de correspondencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Registrar usuarios para Ingreso al Departamento de Discapacidad, Informe Social y de Redes de Apoyo, IVADEC.
<ul style="list-style-type: none"> • Entregar información de requisitos para obtener la credencial de discapacidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Envío y recepción de correo.
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en reuniones mensuales del departamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de usuarios telefónicamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso de documentos y recepción por OFPA.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación del como subir los documentos para credencial de Discapacidad a la COMPIN.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar y agendar calendario de vehículo terreno entre Departamento de Discapacidad y Desarrollo local.
<ul style="list-style-type: none"> • Contactar telefónicamente a los postulantes a los subsidios 2026 agendar hora con Asistentes sociales y enviar vía correo electrónico los documentos que deben presentar.
<ul style="list-style-type: none"> • Agendar sala reuniones para atenciones Psicóloga, IVADEC y Red Mujer.
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el evento Festival Cultural Sin Barrera el día 28 de marzo 2026 en el Centro Cultural de Las Condes.
<ul style="list-style-type: none"> • Registrar y poner en cajas documentos para enviar a DOCUSTORE.

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 la Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**, 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 Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**.

Jefe(S) del Departamento de Discapacidad	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (S) del Departamento de Discapacidad	


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ **ABRIL** _____ **2026**
 mes de año