

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

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

Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
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 Especifica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, ejecutando actividades para los beneficiarios del programa

Actividades efectuadas en el mes:

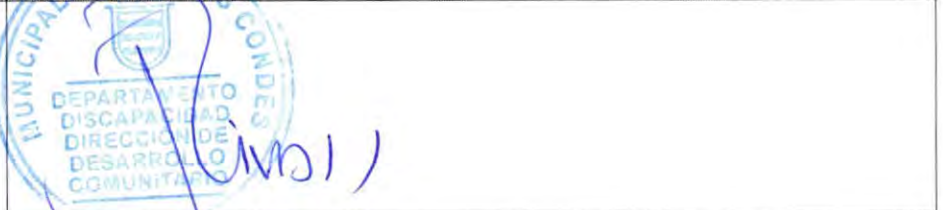
Orientación, atenciones, y evaluaciones individuales o en dupla a participantes pertenecientes del Área Vida Independiente y/o Psicosocial.
Realización del Módulo de Socialización Recreativa y Viviendo con Autonomía del Taller Habilidades para la Vida 2026.
Seguimiento sobre proceso de selección de participantes para el Taller de Habilidades para la Vida 2026.
Planificación de las sesiones del Taller de Habilidades para la Vida 2026.
Seguimiento de los participantes del Programa de Acompañantes Comunitarios 2026 (acompañados y acompañantes).
Seguimiento de los participantes del Programa de Aviario (turnos, cumplimiento de asistencia y funcionamiento).
Aplicación de IVADEC y apoyo en la orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Reuniones de casos psicosociales con el equipo.
Reunión con Fundación Tañi.
Derivación de casos a Fundación Neo Inclusión.

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 Sobarzo Álvarez**, RUT: **██████████**, 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. **Fernanda Sobarzo Álvarez**.

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

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
mes de año