

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

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

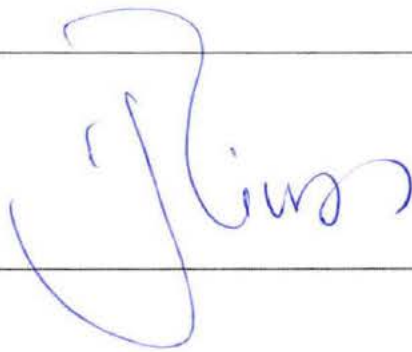
Actividades efectuadas en el mes:

Orientación, atenciones, y evaluaciones individuales o en dupla a participantes pertenecientes del Área Vida Independiente y/o Psicosocial.
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.
Sesiones de acompañamiento psicológico 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.
Sesión de autocuidado para cuidadores de personas con discapacidad.

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 FENOGLIO CASTILLO**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO 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 **AGOSTO 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, AGOSTO de 2026
mes año