

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

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	Carreño Checa Blanca
RUT	██████████
Profesión	Kinesióloga
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a Personas con Discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, preparar actividades para los profesionales y beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Coordinación y supervisión de los servicios terapéuticos que ofrece el Área a los usuarios del Departamento de Discapacidad.
Aplicación de IVADEC y envío de informe posterior.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar y confeccionar la documentación necesaria para licitación de "Terapia Asistida por Caballos".
Gestionar y mantener actualizada la lista de postulación de los Servicios Terapéuticos.
Gestión y revisión de informes mensuales de actividades y boletas de honorarios del personal a cargo para su correspondiente pago.
Atención espontánea en Casa Encuentro.
Respuestas telefónicas y de correos ante las solicitudes de apoderados, usuarios y profesionales.
Participación en reuniones de Equipo del Departamento de Discapacidad donde se entregan indicaciones y orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada.
Liderar reuniones de equipo del Área Terapéutica donde se entregan indicaciones y orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada y comentar casos para intervenir de forma multidisciplinaria.
Coordinación continua con monitor de Gastronomía tanto para la realización del taller como para entrega de materiales solicitados.
Participación en el proceso de inscripción masiva en Talleres Recreativos del Departamento de Discapacidad.
Participación en actividad de concientización sobre discapacidad en conjunto con diferentes Centros Comunitarios en sus actividades de verano.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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 el/la Sr/a. **Blanca Carreño Checa**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **Enero 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 **Enero 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. **Blanca Carreño Checa**.

Nombre jefe (s) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (s) de Departamento	<i>[Handwritten signature]</i> 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS