

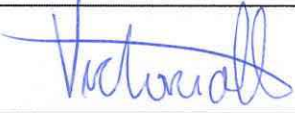
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

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

Nombre	VICTORIA ELICER SARROCA
RUT	
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

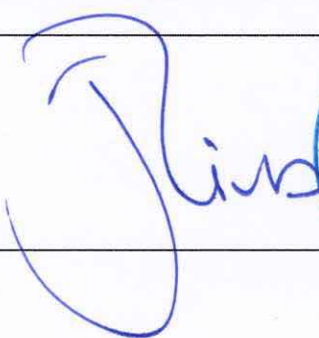
Actividades efectuadas en el mes:

EVALUACIONES INTEGRALES DE TERAPIA OCUPACIONAL
ATENCIONES INDIVIDUALES DE TERAPIA OCUPACIONAL
VISITAS DOMICILIARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL
REALIZAR PLANES CONSENSUADOS DE TRATAMIENTOS PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
REALIZACIÓN DE FIRMA PARA AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
REALIZAR EVALUACIONES Y OBJETIVOS PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
COORDINACION TELEFONICA Y VÍA MAIL, PARA AGENDAR HORAS DE EVALUACION Y TRATAMIENTO A USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD QUE POSTULAN AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL
TRABAJO ADMINISTRATIVO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA DE USUARIOS Y REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SISTEMA SOCIAL
REUNIONES DE DEPARTAMENTO PARA ORGANIZACIÓN DE TAREAS ADMINISTRATIVAS, DECOM
REUNIONES DE EQUIPO TERAPEUTICO PARA ORGANIZACIÓN DE TEREAS ADMINISTRATIVAS EN CASA ENCUENTRO
ORGANIZACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES NECESARIOS PARA LAS SESIONES
REALIZACIÓN DE MATERIALES ACORDES PARA CADA OBJETIVO DE LAS SESIONES
PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIÓN PARA MONITORES DE VERANO
PARTICIPACIÓN PARA TALLER COMUNITARIO SOBRE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD

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 el/la Sr/a. **Victoria Elicer Sarroca**, RUT: [REDACTED] 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. **Victoria Elicer Sarroca**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

