

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

Mes	ENERO
Nombre	Alondra Betania Fenoglio Castillo
RUT	
Profesión	Psicóloga
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas en situación de 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

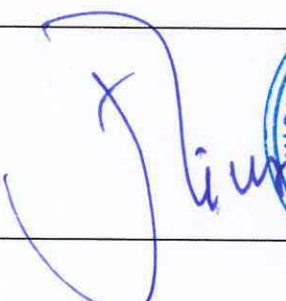
Actividades efectuadas en el mes:

Orientación, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente.
Apoyo en la planificación del Taller Vida Independiente 2026.
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.
Asesorías de atención psicológica 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.
Reuniones de equipo.
Diseño, evaluación y seguimiento de intervenciones en el ámbito psicosocial, con enfoque individual, familiar y comunitario.
Coordinación con triada psicosocial para evaluación y seguimiento de casos.
Realización de entrevistas de evaluación diagnostica a usuarios derivados o en proceso de ingreso a atención psicológica.
Realización de sesiones de acompañamiento psicológico a beneficiarios del programa y sus familias.

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 FENIGLIO CASTILLO**, 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. **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

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS