

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
Nombre	Fernanda Belén Sobarzo Álvarez
RUT	
Profesión	
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-12/31/2026
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, atención terapéutica, evaluación a usuarios del Área Vida Independiente / Psicosocial.
Visitas domiciliarias y/o salidas a terreno de forma individual o con equipo psicosocial.
Organización del Programa de Acompañantes Comunitarios 2026.
Seguimiento de los procesos de acompañamientos activos del Programa de Acompañantes Comunitarios.
Organización del Programa de Aviario 2026.
Seguimiento de los participantes pertenecientes al Programa de Aviario.
Aplicación de la evaluación IVADEC y apoyo en la orientación para la obtención de la credencial de discapacidad.
Derivaciones de casos a otras unidades o departamentos del municipio.
Reunión con Fundación Nexo Inclusivo y seguimiento de casos.
Derivación de casos al área psicosocial del Departamento de Discapacidad.
Apoyo en la inscripción de los Talleres Recreativos 2026.

Firma prestador de los servicios

Fernanda

El jefe (S) de 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. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**, 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. **Fernanda Belén Sobarzo Álvarez**.

Nombre Jefe(S) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe(S) de Departamento	<i>J. Rivas</i> 





VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS