

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

Mes	JULIO
-----	-------

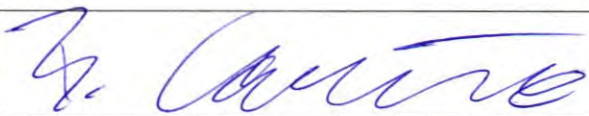
Nombre	Carreño Checa Blanca
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a Personas con Discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, preparar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

Actividades efectuadas en el mes:

Organización y gestión de los servicios terapéuticos que ofrece el Área Terapéutica a los usuarios del Departamento de Discapacidad.
Realizar citaciones y aplicación de IVADEC para la obtención de la Credencial de Discapacidad.
Gestión y revisión de informes mensuales de actividades y boletas de honorarios del personal del Área Terapéutica para su correspondiente pago.
Envío de correos con información sobre la postulación a las terapias ofrecidas por el Departamento de Discapacidad.
Gestionar y mantener actualizada la lista de postulación de los Servicios Terapéuticos.
Atención espontánea en Casa Encuentro. Además de 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.
Participación en reuniones de Área, donde se entregan orientaciones para desarrollar el trabajo de manera adecuada y comentar casos para intervenir de forma multidisciplinaria.
Participación en reuniones de planificación de actividades para Autocuidado de Cuidadores. Y posteriormente participar en reunión con cuidadores. También gestionar los requerimientos del apoyo del Taller de Gastronomía para este espacio.
Resolver en conjunto con el personal por hora, las necesidades tanto para la realización de las atenciones, como para entrega de materiales requeridos.
Creación de Reglamento de Participación, documento de Liberación de Responsabilidades, documento de Autorización de Uso de Imagen y Plan consensuado de tratamiento. Todos los documentos son específicos para la participación en Equinoterapia.
Envío de información sobre la postulación a Equinoterapia, recepción de postulaciones y corrección de las mismas en caso de ser necesario.
Agendamiento de sesiones de Equinoterapia. Además del envío de información relevante para la participación en esta terapia a los usuarios y/o cuidadores.

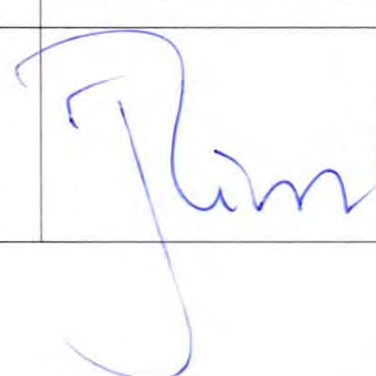
Acudir a las primeras sesiones de todos los participantes de Equinoterapia para recibirlos y aclarar cualquier duda sobre la participación.
Resolver dudas o requerimientos en terreno o por teléfono de la empresa que presta el servicio de Terapia Multidisciplinaria Asistida por Caballos.
Realizar entrevistas de Ingreso al Departamento de Discapacidad.
Gestionar el ingreso temporal de usuario al Taller de Gastronomía.
Confección de Protocolo para Entrevistas de Ingreso al Departamento de Discapacidad, para ser usado por todo el equipo.

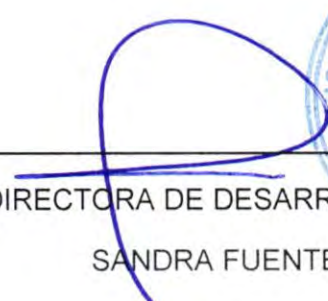
F. Cortés

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. **Blanca Carreño Checa**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Julio 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 **Julio 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**.

Jefe (s) del Departamento de Discapacidad	Juan Manuel Rivas Sanhueza
Firma y timbre Jefe (s)	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO


Las Condes, Julio de 2026
mes año