

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

|                      |                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes                  | JULIO                                                                                                       |
| Nombre               | JOHANNA DEL CARMEN SALAZAR ASTORGA                                                                          |
| RUT                  |                                                                                                             |
| Profesión            |                                                                                                             |
| Departamento         | DISCAPACIDAD                                                                                                |
| Programa Social      | APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027.                                                                |
| Período del Contrato | 01/01/2026-31/12/2026                                                                                       |
| Actividad Genérica   | GESTOR TECNICO COMUNITARIO                                                                                  |
| Actividad Especifica | DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA. |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Envió, registro y recepción de correspondencia.</li></ul>                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Registrar usuarios para Ingreso al Departamento de Discapacidad, Informe Social y de Redes de Apoyo, IVADEC.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Entregar información de requisitos para obtener la credencial de discapacidad.</li></ul>                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Envió y recepción de correo.</li></ul>                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Participar en reuniones mensuales del departamento.</li></ul>                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Atención de usuarios telefónicamente.</li></ul>                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Ingreso de documentos y recepción por OFPA.</li></ul>                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Organizar y agendar calendario de vehículo terreno entre Departamento de Discapacidad y Desarrollo local.</li></ul>    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Agendar sala reuniones para atenciones Psicóloga, IVADEC y Red Mujer.</li></ul>                                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Registrar y poner en cajas documentos para enviar a DOCUSTORE.</li></ul>                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li></li></ul>                                                                                                             |

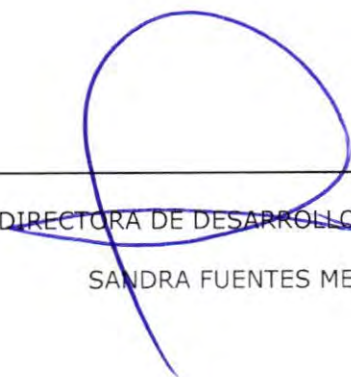


|                                  |                                                                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Firma prestador de los servicios |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

**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 la Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**, 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 Sra. **Johanna del Carmen Salazar Astorga**.

|                                                          |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Jefe(S) del Departamento de Discapacidad                 | JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA                                                          |
| Firma y timbre jefe (S) del Departamento de Discapacidad |  |



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

JULIO

mes

de

2026

año