LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	Julio

Nombre	Sánchez Andrade Johanna
RUT	[redacted]
Profesión	[redacted]
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas con discapacidad 2026-2027
Período del Contrato	01/01 - 31/12
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:

Atención espontánea de usuarios por vía telefónica y presencial en Casa Encuentro.
Atención vía telefónica y mail, para agendar horas de evaluación y tratamiento a usuarios del departamento que postulan al servicio de kinesiología.
Evaluación y tratamiento kinésico ambulatorio a usuarios del departamento en Casa Encuentro; y domiciliario a usuarios con dependencia severa.
Trabajo administrativo para registro de asistencia de usuarios, registro de atenciones en el sistema social y actualización constante de calendarios compartidos.
Reuniones de equipo terapéutico para la organización de las tareas administrativas, en Casa Encuentro y DECOM.
Elaboración de rutinas kinésicas a usuarios que lo solicitan, para su ejecución autónoma en el hogar, posterior a completar el plan consensuado.
Planificación de espacios y materiales necesarios para las sesiones y visitas.
Realización de IVADEC a usuarios del departamento en tramitación del Certificado de Discapacidad.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. **Johanna Sánchez Andrade**, 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. **Johanna Sánchez Andrade.**

Jefe (S) del Departamento de Discapacidad	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (S)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO DISCAPACIDAD DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, Julio (mes) de 2026 (año)