

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES AÑO 2025.**

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

<b>Nombre</b>	MARÍA CRISTINA EWERTZ VICUÑA
<b>RUT</b>	[REDACTED]
<b>Profesión</b>	TERAPEUTA BIOMAGNETISMO/BIOENERGÉTICA
<b>Departamento</b>	DISCAPACIDAD
<b>Programa Social</b>	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
<b>Período del Contrato</b>	01/01 - 31/12
<b>Función Genérica</b>	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
<b>Función Específica</b>	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU ÁMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Actividad es efectuadas en el mes:

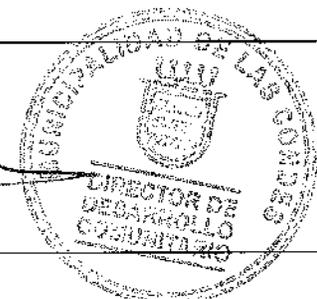
ASIGNACIÓN DE HORA POR TELÉFONO, CORREO O PRESENCIAL
CONTACTO TELEFÓNICO Y/O CORREO PARA REAGENDAR HORA
EXPLICAR LA TERAPIA Y CHEQUEAR QUE PUEDAN RECIBIRLA
FIRMA DE PLAN CONSENSUADO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
LLEVAR REGISTRO DE ASISTENCIA
REGISTRO DE ASISTENCIA DEL USUARIO EN ATS
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL ÁREA TERAPÉUTICA
REALIZACIÓN DE SESIONES DE BIOMAGNETISMO / BIOENERGÉTICA ACORDADAS EN PLAN CONSENSUADO



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

**DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **MARÍA CRISTINA EWERTZ VICUÑA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto de 2025**; 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 **MARÍA CRISTINA EWERTZ VICUÑA**.

Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora	 

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

