

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DECUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Período del Contrato	01 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.
Actividad Genérica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Especifica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

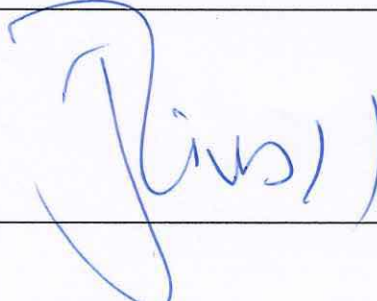
Actividades efectuadas en el mes:

REALIZAR ANAMNESIS EN CADA SESIÓN, PARA SABER QUE EJERCICIOS APLICARLES, YA QUE ALGUNOS PACIENTES HAN ESTADO BIEN COMPLICADOS DURANTE LA SEMANA Y OTROS LE HAN CAMBIADO LOS MEDICAMENTOS, HOSPITALIZADOS ENTRE OTRAS VARIACIONES.
INGRESAR LA ASISTENCIA EN LA PÁGINA DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD.
LOS PACIENTES O CUIDADORES FIRMAN EN LA HOJA DE PLAN CONSENSUADO EN CADA SESIÓN.
INICIO ADAPTACION AL MEDIO ACUÁTICO, EN LA ACTIVACIÓN SE REALIZAN CAMINATAS, BICICLETAS, ACOSTADOS Y ELONGANDO JUNTO A SU CUIDADOR.
DESARROLLO ACTIVIDADES INDIVIDUALES GUIADAS PARA EXTREMIDADES, TRONCO, CUELLO, SEGÚN EL PACIENTE.
FINAL SE TRABAJA CON LOS CHORROS PARA DESCONTRACTURAR Y RELAJAR.
ESTAS ACTIVIDADES SE REALIZAN EN LOS 3 GRUPOS QUE TENEMOS EL DIA SABADO.

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. **ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, 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 2025**.

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 **Diciembre 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. **ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ**.

Nombre Jefe (s) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe (s) de Departamento	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS