

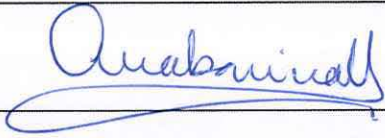
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

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

Nombre	ANA KARINA MATURANA MARÍN
RUT	
Profesión	
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	1 DE MARZO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Actividad Genérica	ATENCIONES MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Específica	ATENCIONES MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

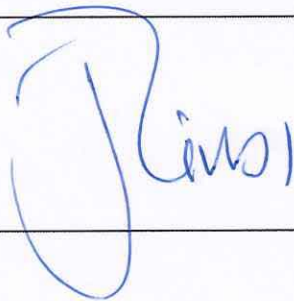
Actividades efectuadas en el mes:

Coordinación telefónica ante ausencias de usuarios al servicio de Musicoterapia.
Entrevistas a familiares o cuidadores para orientar sobre los beneficios de la Musicoterapia según el diagnóstico, definir áreas terapéuticas pertinentes y establecer posibles metas de intervención.
Asignación de horarios y número de sesiones de acuerdo con los objetivos planteados.
Desarrollo de sesiones individuales de Musicoterapia, registrando los avances y hechos relevantes en la bitácora clínica.
Entrega de pautas o sugerencias a los cuidadores para continuar en el hogar las actividades relacionadas con el trabajo terapéutico.
Preparación del espacio terapéutico mediante la revisión del material, instrumentos y condiciones ambientales de la sala.
Diseño y elaboración de pictogramas y material didáctico de apoyo para el trabajo con repertorio vocal
Control de asistencia y seguimiento de usuarios con ausencias reiteradas, gestionando las derivaciones necesarias y la liberación de vacantes cuando corresponda.
Redacción del informe mensual de actividades realizadas en el área de Musicoterapia.
Comunicación a la coordinación del programa sobre logros, necesidades o situaciones relevantes detectadas durante la atención.

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 Sra **Ana Karina Maturana Marín**, 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 **Ana Karina Maturana Marín**

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