

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

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

Actividades 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
REALIZAR LA TERAPIA DE BIOMAGNETISMO
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

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. **María Cristina Ewertz Vicuña**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 suscripto, 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 **Octubre 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**.

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

