

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

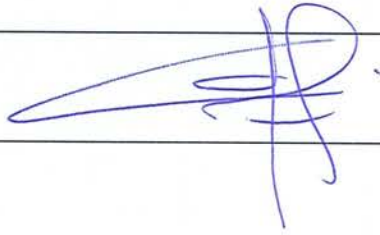
|     |         |
|-----|---------|
| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre               | MAGDALENA HOLZ ALBORNOZ                                  |
| RUT                  |  |
| Profesión            | FONOAUDIOLOGA  |
| Departamento         | DISCAPACIDAD   |
| Programa Social      | APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025                   |
| Período del Contrato | 01/03/2025 – 31/12/2025                                  |
| Actividad Genérica   | ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
| Actividad Específica | ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |

Actividades efectuadas en el mes:

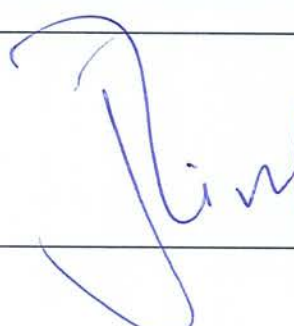

|  |
|--|
| Organización de espacio terapéutico.   |
| Limpieza y organización materiales terapéuticos.   |
| Llamado telefónico a nuevos ingresos.  |
| Organización de horarios y asistencia de nuevos ingresos al taller.                                    |
| Firma reglamento participación de talleres.  |
| Evaluación según área a trabajar (deglución, habla, voz, lenguaje, etc).                               |
| Planificación de objetivos terapéuticos.   |
| Sesiones individuales de 40 minutos efectivos y 45 minutos totales.                                    |
| Registro y firma de asistencia.  |
| Explicación de sesión a apoderados para aplicación de actividades en casa.                             |
| Envío de actividades de refuerzo, para seguir potenciando los objetivos logrados durante las sesiones. |
| Actividades de estimulación, comprensión y expresión del lenguaje.                                     |
| Actividades de estimulación miofuncional.  |
| Finalización de sesiones según plan consensuado y explicación de lineamientos a seguir en casa.        |

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. **Magdalena Holz Albornoz**, 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 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 **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. **Magdalena Holz Albornoz**

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

  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE de 2025  
mes año