

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

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

Nombre	ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	PROFESORA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.
Actividad Genérica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Específica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

BIENVENIDA NUEVO GRUPO, SE INFORMA COMO FUNCIONA HIDROTERAPIA. FIRMA DE LOS USUARIOS, REGISTRANDO LA ASISTENCIA EN LA HOJA DE PLAN CONCENSUADO Y FIRMA DE REGLAMENTO.
REGISTRO DE ASISTENCIA EN LA PAGINA DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD.
REALIZAMOS LA ADAPTACIÓN ENTRANDO AL AGUA, LUEGO DE ESTAR TODOS REGULADOS. SE ELONGAN LOS GRUPOS MUSCULARES QUE TRABAJAREMOS, ADEMÁS DEL MECANISMO DE RESPIRACIÓN.
EL OBJETIVO PRINCIPAL ESTA ENFOCADO A CADA USUARIO, INDICADO POR ÉL, AL INICIO EN SU EVALUACIÓN. ESTOS VAN DESDE LA ACTIVACIÓN PSICOMOTORA, COORDINACIÓN, FORTALECIMIENTO ENTRE OTROS Y NOS APOYAMOS EN ALGUNOS MATERIALES.
PARTE FINAL ES LA RELAJACIÓN DEL USUARIO ACOMPAÑADO DE SU CUIDADOR O EL PROFESOR.

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 **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. **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

