

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

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

Nombre	Sánchez Andrade Johanna
RUT	██████████
Profesión	Kinesiología
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:

Atención espontánea de usuarios por vía telefónica y presencial en Casa Encuentro.
Coordinación telefónica y vía mail, para agendar horas de evaluación y tratamiento a usuarios del departamento que postulan al servicio de kinesiología.
Evaluación y tratamiento kinésico a usuarios del departamento, en Casa Encuentro.
Evaluación y tratamiento kinésico domiciliario a usuarios del departamento con dependencia severa.
Trabajo administrativo para registro de asistencia de usuarios, registro de atenciones en el sistema social y actualización constante de calendarios compartidos.
Reuniones de equipo terapéutico para la organización de las tareas administrativas, en Casa Encuentro.
Reuniones de departamento para la organización de las tareas administrativas, en DECOM.
Elaboración de rutinas kinésicas a los usuarios que lo solicitan, para su ejecución autónoma en casa, posterior a completar el plan consensuado.
Organización de los espacios y materiales necesarios para las sesiones y visitas.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

El jefe del Departamento de Discapacidad(S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Johanna Sánchez Andrade**, 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. **Johanna Sánchez Andrade**.

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



V.B. DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS