

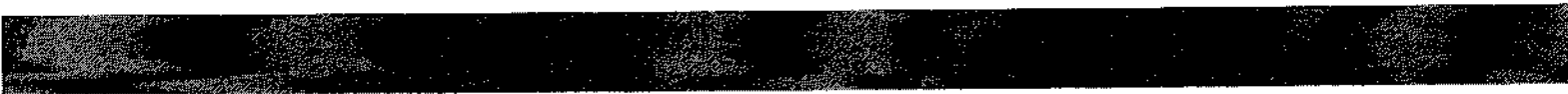
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

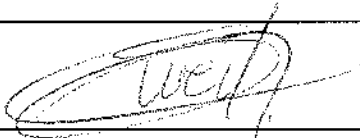
Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

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

Actividad es efectuadas en el mes:

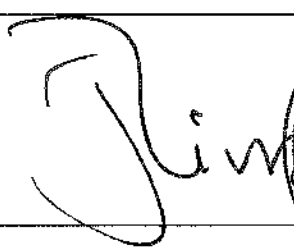
ASIGNACIÓN DE HORA POR TELÉFONO, CORREO O PRESENCIAL
CONTACTO TELEFÓNICO Y/O CORREO PARA REAGENDAR HORA
EXPLICAR LA TERAPIA Y CHEQUEAR QUE PUEDAN RECIBIRLA
REALIZAR LA TERAPIA DE BIOMAGNETISMO
FIRMA DE PLAN CONSENSUADO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
LLEVAR REGISTRO DE ASISTENCIA
REGISTRO DE ASISTENCIA DEL USUARIO EN ATS
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL ÁREA TERAPÉUTICA
APOYO EN ACTIVIDAD "FIESTAS PATRIAS EN FAMILIA

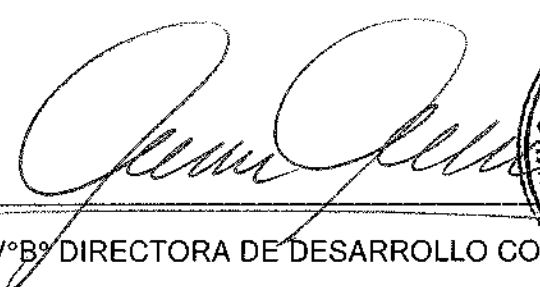


Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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 **septiembre de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **septiembre 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	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

Septiembre

de

2025

mes

año