

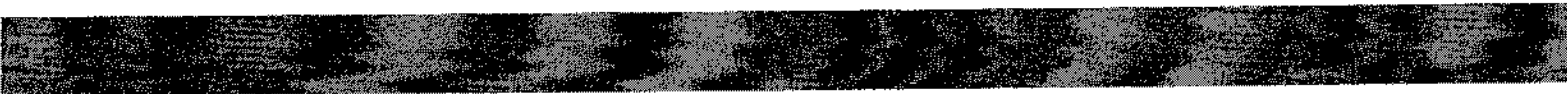
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

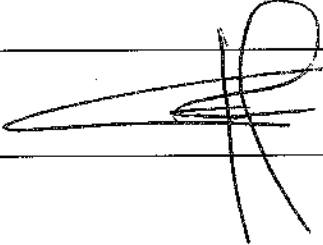
Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	MAGDALENA HOLZ ALBORNOZ
RUT	
Profesión	FONOAUDIOLOGA
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	1/03/2025 – 31/12/2025
Función Genérica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Función Específica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividad es efectuadas en el mes:

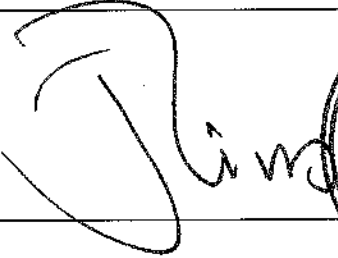
Organización de espacio terapéutico.
Limpieza y organización materiales terapéuticos.
Elaboración de materiales necesarios para usuarios nuevos.
Llamado telefónico a nuevos ingresos.
Organización de horarios y asistencia de nuevos ingresos al taller.
Firma reglamento participación de talleres.
Evaluación 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 y explicación de lineamientos a seguir en casa.
Participación y colaboración evento “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. **Magdalena Holz Albornoz**, 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. **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