

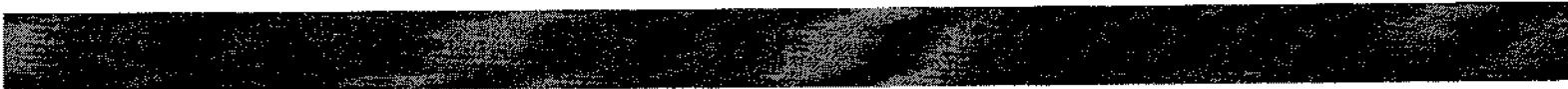
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

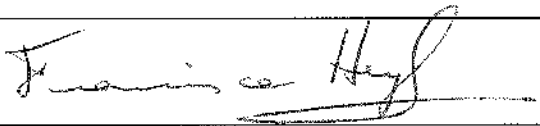
Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	María Francisca Hoyl Moreno
RUT	
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a Personas con Discapacidad 2025
Período del Contrato	01/03-31/12/2025
Función Genérica	Atenciones Terapia Ocupacional para personas con Discapacidad
Función Específica	Atenciones Terapia Ocupacional para personas con Discapacidad

Actividad es efectuadas en el mes:

Evaluación de Usuarios que van ingresando a Terapia Ocupacional
Entrevista a padres, apoderados, cuidadores del usuario
Determinación del Plan Consensuado de Tratamiento y firma del mismo por parte del apoderado del usuario
Firma del reglamento de participación en terapias por parte del adulto que asiste con el usuario
Firma de las asistencias a las sesiones de Terapia ocupacional por parte del adulto que asiste con el usuario
Actividades de Motricidad Fina (Viso-Perceptivo-Motoras)
Actividades de Integración Sensorial
Actividades de la Vida Diaria (AVD) orientadas a la autoindependencia
Actividades y Orientación al cuidador(a) en Organización de la Conducta
Apoyo en la Actividad "Fiestas Patrias en Familia" del Departamento de Discapacidad



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 Francisca Hoyl Moreno**, 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 Francisca Hoyl Moreno**.

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

Las Condes,

Septiembre

de

2025

mes

año