

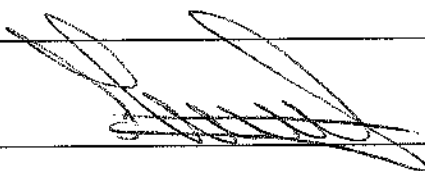
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

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

Nombre	ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ.
RUT	
Profesión	PROFESORA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD.
Departamento	DISCAPACIDAD.
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025.
Período del Contrato	1 DE MARZO AL 31 DICIEMBRE DE 2025.
Función Genérica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
Función Específica	REALIZAR SERVICIOS DE HIDROTERAPIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Actividad es efectuadas en el mes:

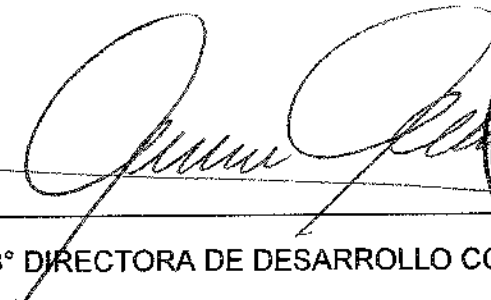
Registro de asistencia en la página de internet del departamento de discapacidad.
En cada sesión los pacientes firman hoja de registro física y Plan consensuado paciente nuevo.
El calentamiento de los pacientes, consta de 10 minutos para que puedan adaptarse, para autoregulación necesaria. Luego se realiza una activación completa de las partes de sus cuerpos.
Registro de asistencia en la página de internet del departamento de discapacidad.
La parte principal de la clase, se enfoca en los objetivos personales de cada uno, para sumergirse y trabajar la respiración (bombeo), coordinación corporal, la unión de ellas para supervivencia en el medio acuático. Fortalecimiento muscular, asociación de elementos y desplazamientos
Trabajo final, relajación total del paciente, con ayuda del cuidador o por ejercicios indicados por el profesor.
Participar en el evento "Fiestas Patrias en Familia" organizado por el 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. **Angela Priscilla Martínez López**, 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. **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

Las Condes,

Septiembre

mes

de

2025

año