

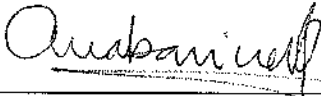
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	Ana Karina Maturana Marín
RUT	
Profesión	Musicoterapeuta
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a personas con Discapacidad 2025
Período del Contrato	1 de marzo 2025 al 31 de diciembre 2025
Función Genérica	Atenciones Musicoterapia para personas con discapacidad
Función Específica	Atenciones Musicoterapia para personas con discapacidad

Actividad es efectuadas en el mes:

Agendamiento telefónico de horas para evaluación de usuarios derivados a Musicoterapia
Evaluación de ingreso de usuarios de Musicoterapia
Entrevista a cuidadores, orientación sobre los alcances de la musicoterapia según diagnóstico, ámbitos terapéuticos susceptibles de ser trabajados e ideación de objetivos de intervención.
Elaboración de plan consensuado intervención, determinación de objetivos a trabajar en conjunto con usuarios y/o cuidadores. Firma del plan por parte de usuario o responsable/cuidador según corresponda.
Asignación de horario y número de sesiones según objetivos propuestos.
Realización de sesiones de Musicoterapia individual y consignación de hitos relevantes en bitácora musicoterapéutica.
Entrega de indicaciones de trabajo para el hogar a los cuidadores relativas al trabajo realizado durante la sesión.
Revisión del material, instrumentos y espacio físico de la sala de musicoterapia para preparar el ambiente de la intervención.
Confección de pictogramas y material para el trabajo con repertorio cantado.
Llenado de la nómina de asistencia y derivación de casos de usuarios con ausencias prolongadas para verificar razones y determinar vacantes.
Confección Informe de Actividades Mensuales Atención de Musicoterapia
Reporte de situaciones, necesidades e hitos relevantes a la coordinación del programa.

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 la Sra. **Ana Karina Maturana Marín**, RUT: XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **septiembre de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratada 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 Sra. **Ana Karina Maturana Marín**

Nombre Jefe (S) Departamento	Juan Rivas Sanhueza
Firma y timbre Jefe (S) Departamento	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes,

Septiembre

de

2025

mes

año