

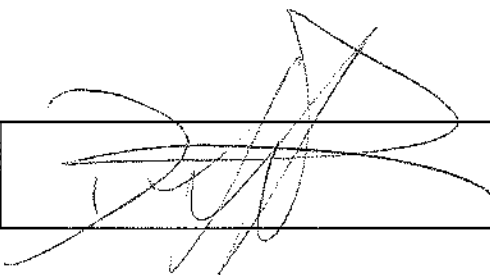
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

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

Nombre	Daniel Andrés Sánchez Mateluna
RUT	
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Departamento	Discapacidad
Programa Social	Apoyo a Personas con Discapacidad
Período del Contrato	01-03-2024 al 31-12-2025
Función Genérica	Atenciones Terapia Ocupacional para Personas con Discapacidad.
Función Específica	Atenciones Terapia Ocupacional para Personas con Discapacidad.

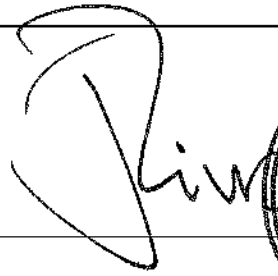
Actividad es efectuadas en el mes:

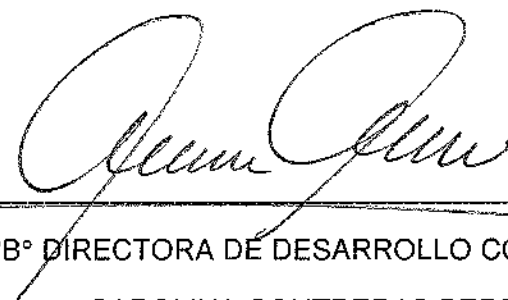
Evaluación inicial y confección de plan consensuado de intervención
Exposición de metodología de trabajo y duración de actividades terapéuticas
Orientación sobre diagnóstico, exposición clínica y posible tratamiento
Se trabaja con actividades de integración sensorial, y método cognitivo conductual según valoración inicial.
Actividades visoespaciales, y de motricidad gruesa y fina.
Trabajo administrativo para el registro de asistencia de usuarios.
Estimulación cognitiva
Coordinación telefónica con usuarios para designar fecha de atención.
Actividades de entrenamiento de postural normal BOBATH
Entrenamiento en AVD Básicas, instrumentales y avanzadas.

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. **Daniel Sánchez Mateluna**, RUT: XXXXXXXXXX, 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. **Daniel Sánchez Mateluna**.

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