


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE  
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026**

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	MAGDALENA BEATRIZ HOLZ ALBORNOZ
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	13/04 – 31/12
Actividad Genérica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Especifica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

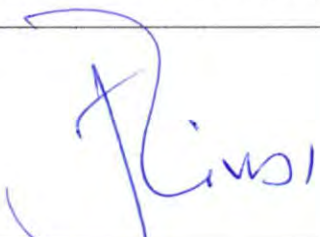

Actividades efectuadas en el mes:

Preparación y adecuación de sala terapeutica.
Limpieza, desinfección y orden de los recursos terapeuticos.
Contacto telefónico con nuevos usuarios interesados en ingresar al taller.
Organización de horarios y registro de asistencia de nuevos usuarios.
Firma de reglamentos de participación al taller.
Desarrollo de entrevistas iniciales con usuarios y sus padres y/o apoderados.
Evaluación inicial según el área de intervención (deglución, habla, voz, lenguaje, entre otros).
Determinación de objetivos terapéuticos personalizados.
Firma de plan consensuado con objetivos determinados según evaluación y requerimiento usuarios.
Ejecución de sesiones individuales de 40 minutos efectivos y 45 minutos totales.
Registro diarios de asistencia con la firma correspondiente.
Entrega de información a apoderados sobre lo trabajado en la sesión y sugerencias para el hogar.

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 Beatriz Holz Albornoz** , RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Abril de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Apoyo a Personas con Discapacidad 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Abril de 2026**; 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 Beatriz Holz Albornoz**.

Nombre jefe (s) de Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre jefe (s) de Departamento	 




V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026  
mes de año