

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

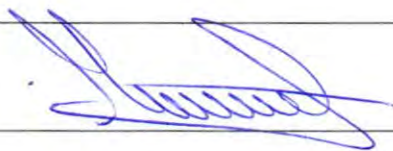
| | |
|------------|--------------|
| Mes | ABRIL |
|------------|--------------|

| | |
|----------------------|--|
| Nombre | ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | ██ |
| Departamento | DISCAPACIDAD |
| Programa Social | APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027 |
| Período del Contrato | 13/04 – 31/12 |
| Actividad Genérica | TERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
| Actividad Específica | SESIONES GRUPALES DE HIDROTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |

Actividades efectuadas en el mes:

| |
|---|
| |
| Revisión del material y espacio físico del recinto donde se realizarán las sesiones de hidroterapia. |
| Evaluación de ingreso de usuarios de hidroterapia. |
| Entrevista a cuidadores, orientación sobre los alcances de la hidroterapia 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 hidroterapia grupal. |
| Adecuación de materiales para las sesiones de hidroterapia. |
| Confección Informe de Actividades Mensuales de hidroterapia. |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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 **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 **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
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ ABRIL _____ de _____ 2026
mes año