

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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	ANA KARINA MATURANA MARÍN
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	ATENCIÓNES MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

Revisión del material, instrumentos y espacio físico de la sala de musicoterapia para preparar el ambiente de la intervención.
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.
Revisión del material, instrumentos y espacio físico de la sala de musicoterapia para preparar el ambiente de la intervención.
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

Firma prestador de los servicios

Anabaiwall

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. **ANA KARINA MATURANA MARÍN** 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 ANA KARINA MATURANA MARÍN

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

V^oB^o DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes año