LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	**AGOSTO**

Nombre	MARÍA CRISTINA EWERTZ VICUÑA
RUT	[redacted]
Profesión	[redacted]
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01 – 31/12
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU ÁMBITO TERAPÉUTICO, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

ASIGNACIÓN DE HORA POR TELÉFONO, CORREO O PRESENCIAL
CONTACTO TELEFÓNICO Y/O CORREO PARA REAGENDAR HORA
EXPLICAR LA TERAPIA Y CHEQUEAR QUE PUEDAN RECIBIRLA
REALIZAR LA TERAPIA DE BIOMAGNETISMO
FIRMA DE PLAN CONSENSUADO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
LLEVAR REGISTRO DE ASISTENCIA
REGISTRO DE ASISTENCIA DEL USUARIO EN ATS
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DEL ÁREA TERAPÉUTICA
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. **María Cristina Ewertz Vicuña**, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes de **agosto 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 **agosto 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. **María Cristina Ewertz Vicuña.**

Jefe (s) del Departamento de Discapacidad	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe (s)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO DISCAPACIDAD DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2026 (año)