

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

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	TERAPIAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Específica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

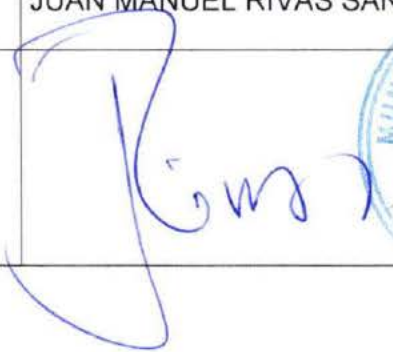
Preparación y adecuación de sala terapéutica.
Mantenimiento de la limpieza, desinfección y organización de los recursos terapéuticos.
Ejecución de sesiones individuales de 40 minutos efectivos y 45 minutos totales.
Registro diario de asistencia con la firma correspondiente.
Planificación semanal de actividades terapéuticas individuales.
Observación y registro de avances conductuales, comunicativos y funcionales de los usuarios.
Resolución de dudas e inquietudes de padres y/o apoderados respecto al proceso terapéutico.
Entrega de información a apoderados sobre lo trabajado en la sesión y sugerencias para el hogar.
Elaboración de actividades y material de apoyo para reforzar en el hogar los objetivos trabajados durante las sesiones terapéuticas.
Implementación de estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento.
Fomento de hábitos de comunicación funcional en contextos naturales (casa, escuela, comunidad)
Termino de sesiones según plan consensuado
Sugerencia a usuarios y apoderados para seguir reforzando lo aprendido en sesiones en su 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 **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. **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, AGOSTO de 2026
mes año