

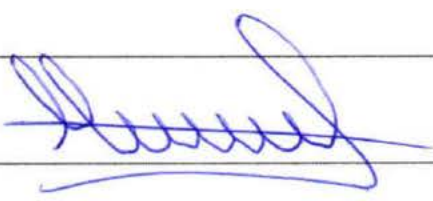
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026**

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

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

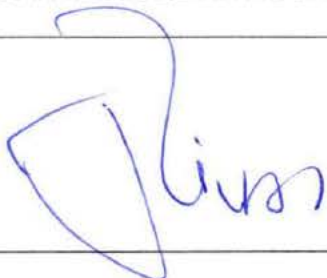
Actividades efectuadas en el mes:

Explicación del funcionamiento de la terapia a los nuevos usuarios y acompañantes.
Solicitar firma de asistencia, Plan Consensuado de Tratamiento y Reglamento de Participación según corresponda.
Seleccionar el material para ser utilizado en la sesión.
Envío por correo asistencia de la semana. Además de información relevante del grupo y de las sesiones.
Realización de calentamiento dentro del agua, los pacientes que ya tienen más sesiones, realizan los ejercicios indicados en las clases anteriores.
Evaluación de los nuevos usuarios que participarán en las sesiones. Durante la sesión se conversa con ellos para consensuar los objetivos que desean alcanzar.
Se realiza plan de intervención de acuerdo con lo acordado en el Plan Consensuado de Tratamiento.
Ejercicios de elongación y relajación.
Guardar material utilizado.

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 **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 **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, AGOSTO de 2026
mes año