

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

Mes	ENERO
-----	-------

Nombre	MAGDALENA HOLZ ALBORNOZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 – 31/01/2026
Actividad Genérica	TERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Especifica	ATENCIONES FONOAUDIOLOGIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

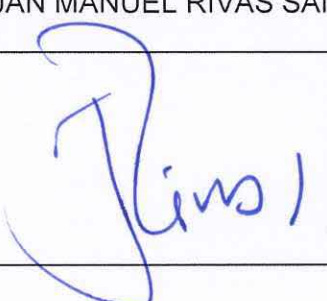
Acondicionamiento del espacio terapéutico.
Adaptación de materiales según las necesidades individuales de cada usuario.
Higienización y organización materiales terapéuticos.
Definición de objetivos terapéuticos específicos.
Realización de sesiones individuales de 40 minutos efectivos (45 minutos totales).
Registro y firma de asistencia diaria.
Explicación de lo trabajado en sesión a apoderados para la aplicación de actividades en casa.
Ejercicios de estimulación miofuncional.
Actividades de estimulación, comprensión y expresión del lenguaje.
Finalización de sesiones de acuerdo a plan consensuado y explicación de lineamientos a seguir en el 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 Holz Albornoz**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Enero 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 **Enero 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 Holz Albornoz**.

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


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, ENERO de 2026
mes año