

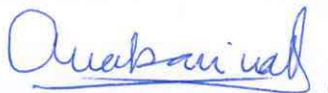
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026

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

NOMBRE	ANA KARINA MATURANA MARÍN
RUT	
PROFESIÓN	
DEPARTAMENTO	DISCAPACIDAD
PROGRAMA SOCIAL	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
PERÍODO DEL CONTRATO	01/01 – 31/01
ACTIVIDAD GENÉRICA	TERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
ACTIVIDAD ESPECIFICA	ATENCIONES MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

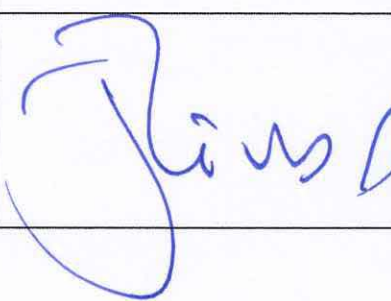
Actividades efectuadas en el mes:

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.
Entrega de indicaciones de trabajo para el hogar a los cuidadores relativas al trabajo realizado durante la sesión.
Revisión del material, instrumentos y espacio físico de la sala de musicoterapia para preparar el ambiente de la intervención.
Confección de pictogramas y material para el trabajo con repertorio cantado.
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
Reporte de situaciones, necesidades e hitos relevantes a la coordinación del programa.

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. **Ana Karina Maturana Marín**, 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. **Ana Karina Maturana Marín**

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS