

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

Mes	FEBRERO
------------	----------------

Nombre	MARÍA CRISTINA EWERTZ VICUÑA
RUT	██████████
Profesión	██
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026 - 2027
Período del Contrato	01/01 - 31/12
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	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

