

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

Mes	JULIO
------------	--------------

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 terapeutica.
Mantenición de la limpieza, desinfección y organización de los recursos terapéuticos.
Ejecución de sesiones individuales de 40 minutos efectivos y 45 minutos totales.
Registro diarios 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 preceso 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.
Adaptación de actividades terapéuticas de acuerdo con la evolución y desempeño de cada usuario.
Fomento de hábitos de comunicación funcional en contextos naturales (casa, escuela, comunidad)
Acompañamiento y orientación a las familias para generalizar estrategias en el entorno cotidiano.

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 Alborno**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Julio 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 **Julio** 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, JULIO de 2026
mes año