

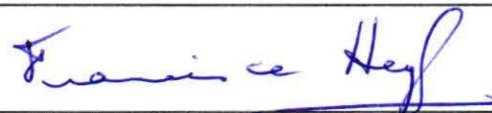
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE  
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | JUNIO |
|-----|-------|

|                      |                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nombre               | MARIA FRANCISCA HOYL MORENO                                   |
| 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 TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |

Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preparación y adecuación de la sala terapéutica y materiales a utilizar.                                                   |
| Citación telefónica a usuarios inscritos en el Departamento de Discapacidad que requieren atención de Terapia Ocupacional. |
| Evaluación de usuarios que van ingresando a Terapia Ocupacional.                                                           |
| Entrevista a padres, apoderados, cuidadores del usuario .                                                                  |
| Determinación del Plan Consensuado de Tratamiento y firma del mismo por parte del apoderado del usuario .                  |
| Firma del Reglamento de Participación en Terapias por parte del adulto que asiste con el usuario .                         |
| Firma de las asistencias a las sesiones de Terapia Ocupacional por parte del adulto que asiste con el usuario .            |
| Intervenciones en Actividades de Motricidad Gruesa, Fina y Viso-Perceptivo-Motoras.                                        |
| Intervenciones en Actividades de Integración Sensorial.                                                                    |
| Intervenciones en Actividades de la Vida Diaria (AVD) orientadas a la autoindependencia.                                   |
| Actividades y Orientación al Cuidador(a) en Organización de la Conducta.                                                   |

|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. **María Francisca Hoyl Moreno** RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Junio 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 **Junio 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. **María Francisca Hoyl Moreno**.

|                                         |                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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