

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

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2026-2027
Período del Contrato	13/04 – 31/12
Actividad Genérica	TERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actividad Específica	SESIONES GRUPALES DE HIDROTERAPIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actividades efectuadas en el mes:

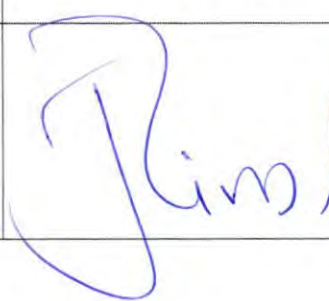
Evaluación a nuevos usuarios que ingresan al programa.
Completar y firmar de plan consensuado y Reglamento de participación.
Todo paciente debe firmar en cada sesión el Registro de asistencia en el plan Consensuado.
Revisión de los materiales para cada sesión.
Registro en la página de internet.
Cada sesión se les pregunta por si alguna nueva patología a tenido alguna alteración, si no es así. Iniciamos con el calentamiento de la clase para cada paciente con sus debidas modificaciones.
Durante la clase siempre enfocada al bienestar y relajación de los pacientes.

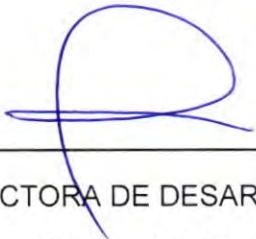
Firma prestador de los servicios



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. **ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ** 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 **ANGELA PRISCILLA MARTÍNEZ LÓPEZ**

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, JUNIO de 2026
mes año