

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

Mes	MAYO
------------	-------------

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.
Limpieza, desinfección y orden de los recursos terapeuticos.
Contacto telefónico con nuevos usuarios interesados en ingresar al taller.
Organización de horarios y registro de asistencia de nuevos usuarios.
Firma de reglamentos de participación al taller.
Desarrollo de entrevistas iniciales con usuarios y sus padres y/o apoderados.
Evaluación inicial según el área de intervención (deglución, habla, voz, lenguaje, entre otros).
Determinación de objetivos terapéuticos personalizados.
Firma de plan consensuado con objetivos determinados según evaluación y requerimiento usuarios.
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.

