



**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	ABRIL
-----	-------

Nombre	CLAUDIA LORENA MOLINA MOYANO
RUT	[REDACTED]
Profesión	ENSEÑANZA MEDIA
Departamento	GESTIÓN TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS
Período del Contrato	01-01/31-12
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	ATENCION PROFESIONAL ESPECIFICA EN LAS ÁREAS ASISTENCIAL O PSICOLOGICA. PROFESIONAL DE APOYO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL BUEN USO DEL TIEMPO LIBRE.

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención y orientaciones al vecino en cuanto a talleres, beneficios sociales y programas municipales y/o estatales. Canalizar, evaluar y derivar a los departamentos correspondientes; posterior a ello realizar seguimiento de los casos mediante llamados
Atención y contención psicoemocional a usuarios mientras obtiene hora formal en salud mental en CESFAM o COSAM
Salida a terreno a visitar vecinos con problemáticas y apoyar en la evaluación psicosocial del trabajador social
Coordinar y visitar clubes y organizaciones que son usuarios de Centro Comunitario Las Condesas para pesquisar posibles problemáticas y entregarles orientación y apoyo en el área que se estime.
Apoyo en celebración "Pascua de Resurrección 2025 Centro Comunitario Las Condesas
Apoyo en actividad "Día del Libro", Centro Comunitario Las Condesas

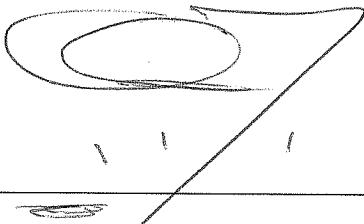


**LAS CONDES**  
MUNICIPALIDAD

Firma prestador de los servicios

El Jefe del Departamento de Gestión territorial, (S) de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Claudia Lorena Molina Moyano**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Centros Comunitarios 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **ABRIL** de 2025; 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./Srta. Claudia Lorena Molina Moyano.

Nombre Jefe Departamento (S)	Carlos Vásquez Salgado
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes, ABRIL mes de 2025 año