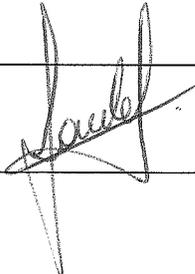


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y  
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES  
AÑO 2025.**

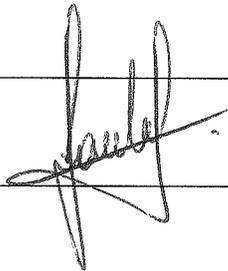
Mes	AGOSTO
Nombre	PAULA LARA CAYUQUEO
RUT	██████████
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL 2025
Período del Contrato	1 DE ENERO DEL 2025– 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

Actividad es efectuadas en el mes:

TERAPIA DE INTERVENCION DE DUELO, EN FAMILIARES DE BENEFICIARIOS PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
VISITAS DOMICILIARIAS A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
ATENCION PSICOLOGICA ONLINE A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
SE CONTACTA A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA PARA REALIZAR SEGUIMIENTO DE SALUD.
ORIENTACION PSICOLOGICA A USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE SUBSIDIOS Y PROGRAMAS SOCIALES.
RECEPCION Y ATENCION PSICOLOGICA A DERIVACIONES INTERNAS DE OTROS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE SUBSIDIOS Y PROGRAMAS SOCIALES.
REDACCION DE INFORMES DE BENEFICIARIOS QUE EGRESAN DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
ELABORACION DE MATERIAL PSICOTERAPEUTICO PARA INTERVENCIONES PSICOLOGICAS.
SE REALIZA REUNION Y APOYO EN RED CON CESFAM ANIBAL ARIZTIA.
SE REALIZA REUNION CON PROGRAMA MAS AMA.
SE REALIZAN 4 REUNIONES MENSUAL CON EQUIPO DE ATENCION PSICOLOGICA DEPTO DE PROGRAMA SOCIAL.

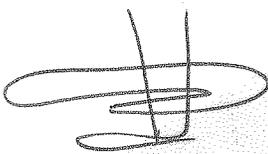
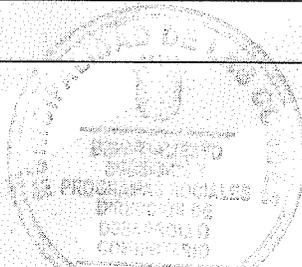
Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

Firma prestador de los servicios



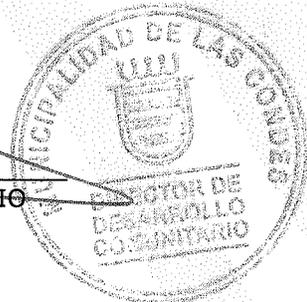
**La Jefa del Departamento de Programas Sociales** de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Srta. **PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **AGOSTO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO SOCIAL INTEGRAL 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 **AGOSTO** 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 Srta. **PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO**.

Nombre Jefa Departamento	Soledad Agurto Muller.
Firma y timbre Jefa Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes de año