

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	Macarena Puentes Neyra
RUT	██████████
Profesión	Psicóloga
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios
Período del Contrato	01/01- 31/12
Función Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Función Especifica	Atención profesional específica en las áreas asistencial o psicológica. profesional de apoyo en las actividades relacionadas con el buen uso del tiempo libre.

Actividades efectuadas en el mes

Atención a casos, en apoyo, orientación y asesoría sobre materias de salud mental con el objetivo de promover un bienestar en nuestros vecinos.
Atenciones semanales a vecinos por contención emocional, en un espacio de escucha, acompañamiento y orientación emocional y fortalecer el bienestar individual.
Realización de atenciones de casos agendados, por demanda espontánea y en dupla psicosocial.
Visitas domiciliarias a vecinos del sector del Centro Comunitario Santa Zita, en conjunto a Trabajadora Social o con la encargada del Centro Comunitaria, realizando labor de dupla psicosocial.
Atención social e integral, se brinda a atención a vecinos, casos emergentes y organizaciones sociales, con el objetivo de orientar, resolver y derivar solicitudes de apoyo social a las unidades municipales que corresponda, se realiza seguimiento de los casos con los mismos vecinos.
Reunión de coordinación y planificación de actividades con la encargada del Centro Comunitario.
Apoyo en el desarrollo de actividad en conjunto de todos los centros comunitarios.
Encargada de decorar y realizar adornos de actividad de pesca milagrosa en actividad del día del niño.



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

El Jefe de 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. **Macarena Puentes Neyra**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto 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 **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/el Sra./Sr. **Macarena Puentes Neyra**.

Nombre jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)	Juan Ignacio Pino Manubens
Firma y timbre jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, _____ Agosto _____ de _____ 2025
 mes año