

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

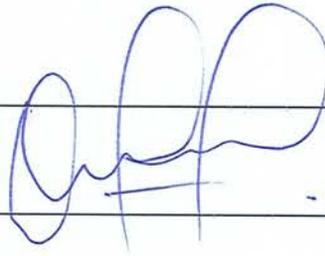
<b>Mes</b>	<b>JULIO</b>
------------	--------------

Nombre	CLAUDIA LORENA MOLINA MOYANO
RUT	██████████
Profesión	PSICÓLOGA
Departamento	GESTIÓN TERRITORIAL
Programa Social	CENTROS COMUNITARIOS
Período del Contrato	01 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025
Función Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Función Específica	ATENCIÓN PROFESIONAL ESPECÍFICA EN LAS ÁREAS ASISTENCIAL O PSICOLÓGICA. 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 y/o visitas domiciliarias
Atención y contención psicoemocional a usuarios del centro comunitario y del sector, brindándole apoyo de acuerdo con la problemática y/ o situación que le afecta, ya sea un duelo, trastornos de salud mental, Bullying, primeros auxilios psicológicos, u otros, trabajando en conjunto con la red municipal, mientras se obtiene hora formal en salud mental ya sea CESFAM o COSAM.
Salida a terreno en conjunto con dupla, a visitar a vecinos con problemáticas y apoyar en la evaluación psicosocial del trabajador social.
Coordinar y visitar clubes y organizaciones que son usuarios del Centro Comunitario Las Condesas, para identificar posibles problemáticas y entregarles orientación y apoyo en el área que se estime conveniente.
Apoyo y participación en programa "Vacaciones de Invierno 2025"
Relatora de taller "Autoestima y Mindfulness" en Centro Comunitario Las Condesas

Firma prestador de los servicios



**La Directora de la Dirección de Desarrollo Comunitario** 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 **julio 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 julio 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. Claudia Lorena Molina Moyano.

Nombre Directora Dirección de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS
Firma y timbre Directora Dirección de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, \_\_\_\_\_ julio \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025  
mes año