

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	OCTUBRE
Nombre	Katarine Ivonne Ceron Charme
RUT	
Profesión	Psicóloga
Departamento	Gestion Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios 2025
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad 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:

Atenciones Psicológicas.
Atenciones a personas derivadas por el depto. de Discapacidad.
Coordinación telefónica con vecinos, a fin de recordar asistencia a atención psicológica y/o psicosocial.
Seguimiento de casos atendidos por equipo Psicosocial Integral.
Atenciones con equipo Psicosocial Integral.
Salidas a terreno con equipo del Centro Comunitario.
Apoyo en actividades orientadas al buen uso del tiempo libre y recreación (talleres).
Visitas a todos los clubs de adulto mayor que participan en nuestro centro, ofreciendo los servicios que este presta, tanto atenciones psicológicas como sociales y también promocionando los talleres que se imparten.
Supervisión a jóvenes del subsidio juvenil que prestan ayuda en el centro
Entrevistas psicológicas por postulación al cargo de monitor/a para el Programa de Verano 2026.
Organización de Bingo Bailable para personas mayores de nuestra comunidad.
Apoyo en la actividad "Tarde Deportiva"

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

La **Directora 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. **Katarine Cerón Charme**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **OCTUBRE de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **OCTUBRE 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. **Katarine Cerón Charme**.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

