

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	Katarine Ivonne Cerón Charme
RUT	
Profesión	Psicóloga
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios 2025
Período del Contrato	01/01 - 31/12
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:

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 el centro 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.
Apoyo en actividad de celebración de Fiestas Patrias.
Apoyo en actividades municipales por el mes de Aniversario de la comuna.

Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature]

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 la Sr/a. **KATARINE CERÓN CHARME**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **SEPTIEMBRE 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 **SEPTIEMBRE 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 Sra. **KATARINE CERÓN CHARME**.

Nombre Jefe de Departamento Gestión Territorial (S)	JUAN IGNACIO PINO MANUBENS.
Firma y timbre Jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)	<i>[Handwritten signature]</i>

[Handwritten signature]
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

