

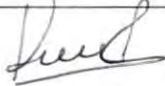
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL

Nombre	Katarine Cerón Charme
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Gestión Territorial
Programa Social	Centros Comunitarios 2026 - 2027
Período del Contrato	01-01-2026/31-12-2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad 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 a vecinos del sector, principalmente a los pertenecientes a Colón Oriente. Las atenciones consisten en evaluaciones, contención, apoyo emocional y terapia breve; acompañado de seguimiento de casos, cuando éste lo amerite y a su vez, realizar las derivaciones correspondientes. Algunos casos se realizan en conjunto con Trabajadora Social.
Realizar contacto telefónico con vecinos, a fin de recordar asistencia a atención psicológica y/o psicosocial
Visitas domiciliarias a vecinos, cuando el caso lo requiera.
Realización de visitas a los clubes de adultos mayores, con el objetivo de conocer sus necesidades y ayudar en caso requerido.
Apoyo a vecinos en la postulación al subsidio de salud otorgado por la clínica cordillera

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

El Jefe del Departamento Gestión Territorial (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **Katarine Ceron Charme**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, 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 2026 - 2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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 Ceron Charme**

Nombre Jefe Departamento Gestión Territorial (S)	Vicente Muñoz Rodríguez.
Firma y timbre Jefe Departamento Gestión Territorial (S)	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ ABRIL _____ de _____ 2026
mes año