


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

Mes	ABRIL
Nombre	PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.



Actividades efectuadas en el mes:

- ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.
- TERAPIA DE INTERVENCION DE DUELO.
- REALIZACION DE VISITAS DOMICILIARIAS.
- INTERVENCION PSICOCIAL.
- ATENCION PSICOLOGICA ONLINE.
- ORIENTACION PSICOLOGICA Y ACTIVACION DE REDES INTRAMUNICIPALES (PROGRAMA LAZOS).
- RECEPCION Y ATENCION PSICOLOGICA DE CASOS SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS SOCIALES.
- REUNION CON RED COMUNAL Y CESFAM ANIBAL ARIZTIA
- APOYO EN PROGRAMA DE CLINICA CORDILLERA
- APOYO EN REVISION DE NOMINAS DE CLINICA CORDILLERA
- APOYO EN PROGRAMA DE EDUCACION.

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

El jefe (S) de Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO**, 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 **APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 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/el Sra./Sr. **PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO**.

Nombre Jefe (S) de Departamento	Jessica Fernández Arraño.	
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento		



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ de _____ de _____
 mes año