

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

| Mes                  | AGOSTO                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | PAULA ALEXANDRA LARA CAYUQUEO                                                                                                                                                                                  |
| RUT                  | [REDACTED]                                                                                                                                                                                                     |
| Profesión            | [REDACTED]                                                                                                                                                                                                     |
| 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 Específica | 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. |

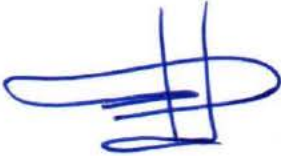
Actividades efectuadas en el mes:

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| - ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.                 |
| - TERAPIA DE INTERVENCION DE DUELO.                                                          |
| - REALIZACION DE VISITAS DOMICILIARIAS.                                                      |
| - ATENCION PSICOLOGICA ONLINE.                                                               |
| - INTERVENCION DE TERAPIA FAMILIAR.                                                          |
| - RECEPCION Y ATENCION PSICOLOGICA DE CASOS SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS SOCIALES. |
| - APOYO EN INSCRIPCION A PROGRAMA DE SALUD.                                                  |
| - APOYO EN REVISION DE NOMINAS DE CLINICA CORDILLERA.                                        |
| - REUNION CON EQUIPO DE PROGRAMA ACOMPAÑAR LA VIDA.                                          |
| - ELABORACION DE MATERIAL TERAPEUTICO                                                        |

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

**El jefe 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 **AGOSTO 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 **AGOSTO 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 de Departamento         | Soledad Agurto Müller.                                                              |  |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |                                                                                       |

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026  
mes año