

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

|     |        |
|-----|--------|
| Mes | AGOSTO |
|-----|--------|

|                      |                                                                                                                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | Macarena Alejandra Puentes Neyra                                                                                                                               |
| 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:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención a casos, en apoyo, orientación en materias de salud mental con el objetivo de promover un bienestar en nuestros/as vecinos/as. Se brinda atención directa a vecinos/as del sector, ofreciendo orientación psicoemocional, asesorías en situaciones de crisis.                                                           |
| Atenciones semanales a vecinos/as por contención emocional, en un espacio de escucha, acompañamiento y orientación emocional y fortalecer el bienestar individual.                                                                                                                                                               |
| Realización de atenciones de casos agendados, por demanda espontánea y en dupla psicosocial, con la intención de tener una mirada interdisciplinaria de los casos y así abordar los casos de una manera integral de las problemáticas de los vecinos/as.                                                                         |
| Visitas domiciliarias a vecinos del sector del Centro Comunitario Santa Zita, en conjunto a Trabajadora Social o con la encargada del Centro Comunitaria, realizando labor de dupla psicosocial, para evaluar en terreno la realidad social y emocional de los hogares, permitiéndonos fortalecer el vínculo con los vecinos/as. |
| Atención social e integral, se brinda a atención a vecinos, casos emergentes y organizaciones sociales, con el objetivo de orientar, resolver y derivar solicitudes de apoyo social a las unidades municipales que corresponda, se realiza seguimiento de los casos con los mismos vecinos.                                      |
| Orientación y apoyo a vecinos/as en la postulación al subsidio "Atenciones ambulatorias de salud", colaborando en la revisión de requisitos y el proceso de inscripción correspondiente.                                                                                                                                         |
| Visitas a terreno a adultos mayores enfermos, con la encargada del Centro Comunitario.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Apoyo en la difusión e inscripción de niños para la actividad "Celebración día de la niñez de los Centros Comunitarios".                                                                                                                                                                                                         |
| Participación y apoyo en la actividad "Celebración día de la niñez de los Centros Comunitarios".                                                                                                                                                                                                                                 |
| Apoyo en la difusión para operativo de salud dental y kinesiológica, realizado por la fundación "Deportistas por un Sueño                                                                                                                                                                                                        |
| Participación en reunión de equipo para preparar actividad de "Fiestas Patrias" del Centro Comunitario en conjunto con la JJ.VV Vital Apoquindo Sur                                                                                                                                                                              |

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

El **Jefe Departamento de Gestión Territorial (S)**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Srta. **MACARENA ALEJANDRA PUENTES NEYRA**, 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 **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 **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 Srta. **Macarena Puentes Neyra**.

|                                                                |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento de Gestión Territorial (S)         | <b>VICENTE MUÑOZ RODRÍGUEZ</b>                                                                                                                                           |
| Firma y timbre Jefe de Departamento de Gestión Territorial (S) |   |

  
**VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
**SANDRA FUENTES MELO**