

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

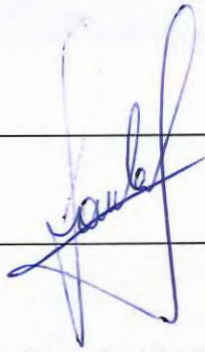
Mes	ENERO
-----	-------

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 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.
- INTERVENCION PSICOCIAL.
- REUNION DE SUPERVICION DE CASOS DE USUARIOS DE ATENCION SOCIAL.
- ATENCION PSICOLOGICA ONLINE.
- ORIENTACION PSICOLOGICA Y ACTIVACION DE REDES INTRAMUNICIPALES.
- RECEPCION Y ATENCION PSICOLOGICA DE CASOS SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS SOCIALES.
- ELABORACION DE MATERIAL PSICOTERAPEUTICO.

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 **ENERO 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 **ENERO 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 Muller.
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, ENERO de 2026
mes año