

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	AGOSTO ✓
-----	----------

Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	██████████
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR ✓
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/05/2025 HASTA 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. ✓

Actividades efectuadas en el mes:

Generación de informes y registros específicos para cada caso, garantizando su correcta inclusión en el historial y su acceso oportuno.
Consulta de investigaciones actuales y evaluación de estrategias terapéuticas para planificar de forma precisa las acciones a implementar con los usuarios.
Documentación continua de las acciones desarrolladas en un archivo interno para facilitar la trazabilidad y evaluación mensual de los procesos
Participación activa en sesiones de supervisión para analizar casos y adaptar intervenciones de forma efectiva a las características específicas.
Ofrecer atención psicológica en formato presencial en la sede del programa, promoviendo un ambiente de contención para intervenciones adaptadas a cada caso.
Creación de intervenciones psicológicas adaptadas a cada caso, con revisión periódica para garantizar su pertinencia y eficacia.
Gestión de comunicaciones con los usuarios a través de medios digitales y telefónicos para confirmar encuentros y facilitar el acceso a los servicios ofrecidos
Atención inicial a solicitudes espontaneas de vecinos, ofreciendo un entorno cálido para proporcionar información adaptada a las necesidades individuales de cada persona
Desarrollo de informes psico judiciales y de seguimiento para casos en instancias legales o administrativas, valorando logros alcanzados y ajustando la planificación según los requerimientos específicos.
Trabajo conjunto con profesionales socio-jurídicos para asegurar una intervención completa que contemple tanto los aspectos sociales como legales de cada caso.

Firma prestador de los servicios



La jefa del Departamento de Atención Familiar, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Camila Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Red de Protección 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto de 2025**; 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. **Camila Figueroa Fernández**.

Nombre Jefe de Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año