

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	PAULA FLORES ZÚÑIGA
RUT	[REDACTED]
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 HASTA 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	ACOGER A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETIVO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL

Actividad es efectuadas en el mes:

Gestión Técnica y Coordinación Interdisciplinaria: Se realizaron reuniones técnicas semanales con el equipo profesional y las responsables de cada área, con el objetivo de asegurar una implementación eficaz del programa y mantener la coherencia en los lineamientos técnicos, administrativos y operativos. Estas instancias facilitaron un seguimiento cercano del avance del programa y permitieron identificar oportunamente los nudos críticos que surgieron durante su ejecución.

Reuniones de Seguimiento Directivo: Además de las reuniones técnicas, se llevaron a cabo encuentros periódicos con la dirección del programa (dos veces por semana), orientados a revisar y ajustar aspectos técnicos y administrativos. Estas reuniones promovieron la coherencia entre las distintas áreas, favoreciendo una implementación articulada del programa.

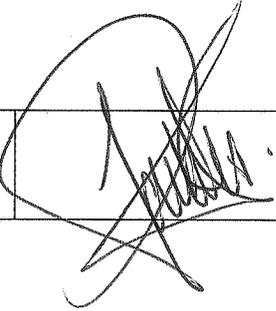
Revisión y seguimiento de la ejecución de Protocolos y Flujogramas: Se elaboraron protocolos de actuación y se avanzó en la estandarización de criterios para la asignación de casos. Este trabajo fortaleció la claridad y consistencia en la labor técnica, favoreciendo una atención más organizada y efectiva

Gestión y Recepción de la Demanda Espontánea, Derivaciones Intra y Extra Municipales, y Solicitudes Judicializadas (CMC y Fiscalía): Se implementó un sistema eficaz para la recepción, registro y seguimiento de la demanda espontánea, principalmente canalizada vía correo electrónico. Las solicitudes fueron asignadas a los profesionales responsables, quienes realizaron entrevistas de ingreso o brindaron prestaciones específicas. Este flujo operativo permitió una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades detectadas, gestionando tanto derivaciones internas como hacia redes externas.

Registro de Ingresos, Egresos y Estado de los Casos Derivados al Programa: Se realizó el registro detallado del estado de los casos, tanto ingresados como egresados, asegurando un seguimiento constante. Cada solicitud fue registrada y gestionada de manera pertinente, coordinando las reuniones necesarias para garantizar un flujo de información claro y actualizado.

Revisión de Literatura: Se actualizó la literatura técnica y la biblioteca de recursos disponibles para los profesionales del programa, fortaleciendo las bases teóricas y prácticas necesarias para una correcta ejecución de las intervenciones.

Reuniones Intramunicipales: Se llevaron a cabo reuniones de coordinación y entrega de información con otros departamentos y programas municipales, con el propósito de afianzar las relaciones interinstitucionales y asegurar derivaciones efectivas. Estas instancias contribuyeron a mejorar el impacto de la atención brindada a la comunidad.

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. **PAULA DENISSE FLORES ZÚÑIGA**, 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 PROTECCION 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. **PAULA DENISSE FLORES ZÚÑIGA**.

Nombre Jefe Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe Departamento	 



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, _____ agosto _____ 2025
 mes de año