

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

Mes	AGOSTO
Nombre	MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA
RUT	██████████
Profesión	PSICOLOGO
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 VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y CONTENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACION DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL.

Actividad es efectuadas en el mes:

Participación activa en las reuniones semanales del equipo para el análisis de casos, evaluando diferentes metodologías y ajustando las estrategias de intervención a las particularidades de cada situación.
Atención psicológica presencial en las dependencias del programa Red de Protección, asegurando un espacio seguro y confortable que facilite intervenciones ajustadas a las necesidades específicas de cada usuario.
Gestión de comunicaciones con los usuarios mediante llamadas y correos electrónicos, abarcando la coordinación de servicios, la confirmación de citas y el seguimiento oportuno de solicitudes.
Revisión de literatura especializada y análisis de estrategias terapéuticas vigentes, con el fin de diseñar planes de intervención bien fundamentados y adaptados a cada caso.
Diseño y evaluación de planes de intervención psicológicos personalizados, considerando las necesidades detectadas y el progreso de cada persona para garantizar resultados efectivos.
Trabajo interdisciplinario con el equipo socio-jurídico, integrando perspectivas sociales y legales para una gestión de casos completa e interdisciplinaria.
Elaboración de informes de avance para procesos judiciales o administrativos, midiendo el cumplimiento de objetivos y proyectando el desarrollo de la intervención según los requerimientos identificados.
Registro detallado de actividades en un archivo interno, lo que permite dar seguimiento preciso y mantener un historial mensual de acciones realizadas.
Creación de documentos y registros personalizados para su archivo en el historial de cada caso, asegurando que la información se conserve accesible y disponible cuando se requiera.
Recepción y atención de solicitudes espontáneas de los usuarios, brindando un entorno cordial y ofreciendo información ajustada a las necesidades particulares.

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 Sr. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**, 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 del Sr. **Maurizio Simone Ortiz Rivera.**

Nombre Jefa Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefa Departamento	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Agosto de 2025
mes año