

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

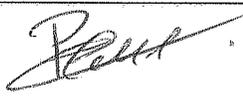
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	██████████
Profesión	MÉDICO PSIQUIATRA
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, BRINDARAPOYO Y ATENCION ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACION DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL.

Actividad es efectuadas en el mes:

Valoración clínica de pacientes del área de psiquiatría, orientada a determinar su estado de salud mental y a promover su estabilización psicopatológica mediante intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas
Revisión de literatura académica y evaluación de las estrategias disponibles para elaborar una planificación detallada de las intervenciones dirigidas a los usuarios
Documentación de las actividades en un archivo interno para mantener un registro detallado y hacer un seguimiento preciso de las acciones realizadas cada mes.
Participación en reuniones de análisis de casos con integrantes del equipo, donde se discuten y evalúan diferentes estrategias de intervención y avances en el proceso psiquiátrico y psicoterapéutico.
Elaboración de documentos como evoluciones médicas, ingresos e Informes de Egreso, que detallan los síntomas psiquiátricos presentes y los avances en el proceso terapéutico.
Comunicación con usuarias de la Red a través de correos electrónicos y llamadas telefónicas, con el objetivo de agendar controles y atender diversas situaciones emergentes, tales como consultas sobre citas, dudas relacionadas con fármacos, gestión de recetas, entre otras.



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 Fernanda Ulloa Pérez**, 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 Fernanda Ulloa Pérez**.

Nombre Jefe Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe Departamento	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Agosto de 2025
mes de año