

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

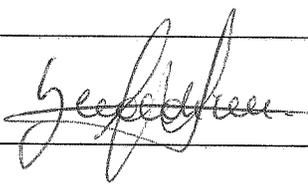
Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	Geraldine Urbina Isla
RUT	██████████
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	De atención familiar
Programa Social	Red de Protección
Período del Contrato	01 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Función Genérica	Gestor técnico comunitario
Función Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, coordinando y potenciando los procesos y actividades del programa.

Actividad es efectuadas en el mes:

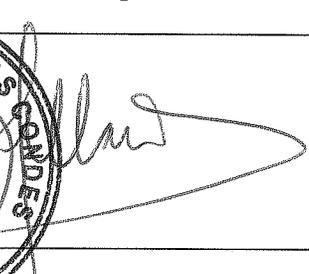
-Realización de visitas domiciliarias de fiscalización, verificación de domicilio y de situación actual para elaboración de informes sociales a solicitud del Centro de medidas cautelares.
-Participación en monitoreo semanal de casos asignados con la coordinadora del área social a fin de conocer al estado actual de los usuarios.
-Elaboración de informes sociales de NNA, mujeres y personas mayores solicitados por el centro de medidas cautelares.
-Elaboración de oficios informando situación actual de NNA, adultos y personas mayores para el Centro de medidas cautelares.
-Realización de entrevistas sociales semiestructuradas a usuarios del programa Red de Protección.
-Atenciones presenciales y telefónicas a usuarios con el fin de recolectar datos para elaboración de informes sociales para el centro de medidas cautelares.
-Atención de usuarios a través de demanda espontánea en dependencias del programa o a través de llamado telefónico.
-Coordinación con redes internas y externas del programa Red de Protección y otras unidades municipales.
-Coordinación de reuniones con los Centros de Salud Familiar por casos derivados desde el Centro de Medidas Cautelares.
-Elaboración de oficios de ingreso efectivo de casos enviados al Centro de medidas cautelares.
-Participación en reuniones semanales de supervisión de casos del área social del programa Red de Protección
-Gestión administrativa interna.



Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe 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. **Geraldine Urbina Isla**, 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. **Geraldine Urbina Isla**.

Nombre Jefe de Departamento	Nancy Gallardo Murgam
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

