

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
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
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

Registro sistemático de las actividades en un archivo interno para asegurar un seguimiento mensual detallado de las acciones realizadas
Elaboración de documentos y registros individualizados para su incorporación en el expediente de cada caso, asegurando su disponibilidad cuando se requiera
Brindar atención psicológica presencial en las instalaciones del programa Red de Protección, asegurando un entorno adecuado para intervenciones personalizadas y eficaces
Análisis de fuentes académicas y valoración de enfoques terapéuticos con el propósito de diseñar un plan de intervención adaptado a las necesidades de los usuarios.
Coordinación de la atención a los usuarios mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas, asegurando la confirmación de citas y la organización efectiva de los servicios
Asistencia a reuniones semanales de equipo para el análisis de casos, enfocadas en la discusión y ajuste de estrategias de intervención según las necesidades particulares
Atención preliminar a las peticiones no solicitadas de los vecinos, creando un ambiente acogedor para brindar información personalizada según las necesidades de cada individuo
Diseño y seguimiento de planes de intervención psicológica ajustados a las características y evolución de cada persona, asegurando un abordaje individualizado y efectivo
Redacción de informes diagnósticos y de avance para casos vinculados a procesos judiciales y administrativos, analizando el cumplimiento de objetivos y orientando la continuidad de la intervención según las necesidades detectadas
Colaboración continua con el equipo socio-jurídico para garantizar un abordaje integral e interdisciplinario en la gestión de casos, promoviendo intervenciones que integren dimensiones sociales y legales



Firma prestador de los servicios

C. F. Meyer

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. **Camila Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Diciembre de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Diciembre 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 Fernandez**.

Nombre Jefe de Departamento

NANCY GALLARDO MURGAM

Firma y timbre
Jefe de
Departamento



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, DICIEMBRE de 2025
mes año