

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025

Mes	DICIEMBRE
Nombre	MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCIÓN
Período del Contrato	01/01/2025 HASTA 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL

Actividades efectuadas en el mes:

Coordinación de la atención a los usuarios mediante comunicaciones por correo electrónico y vía telefónica, gestionando la confirmación de citas y organizando de manera eficiente los servicios que se ofrecen.
Trabajo coordinado con el equipo sociojurídico a fin de asegurar una mirada integral e interdisciplinaria en el abordaje de los casos, considerando simultáneamente los aspectos legales y sociales involucrados.
Registro mensual de las acciones realizadas, dejando constancia detallada en un archivo interno para facilitar su control y seguimiento.
Consulta de bibliografía especializada y análisis de diversas metodologías terapéuticas con el fin de diseñar una planificación detallada que oriente las intervenciones dirigidas a los usuarios del programa.
Elaboración de evaluaciones diagnósticas y reportes de avance para los casos vinculados a procedimientos judiciales o administrativos, analizando el grado de logro de los objetivos planteados y anticipando el rumbo de la intervención según las necesidades detectadas en cada situación particular.
Participación activa en las reuniones semanales del equipo destinadas al análisis de casos, donde se revisan y valoran distintas estrategias y enfoques de intervención para adecuarlos a las particularidades de cada situación.
Diseño y revisión de planes de intervención psicológica ajustados al avance y a las necesidades individuales de cada usuario, garantizando un acompañamiento personalizado y eficaz.
Generación de documentos y registros individualizados para incorporarlos al expediente de cada usuario, garantizando que la información se mantenga ordenada, disponible y fácil de consultar cuando sea necesario.
Prestación de atención psicológica de manera presencial en las dependencias del programa Red de Protección, asegurando un ambiente seguro y confortable para el desarrollo de intervenciones pertinentes y adaptadas a cada usuario.

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. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**, 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. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**.

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