

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	DICIEMBRE
-----	-----------

Nombre	Kathleen Pooley Vergara
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar funciones en el ámbito profesional, coordinando y potenciando los procesos y actividades del programa

Actividades efectuadas en el mes:

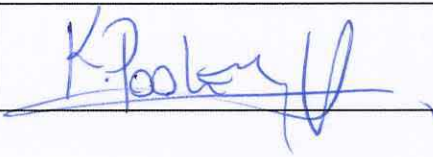
Se participa en reunión integrada semanal con las coordinaciones de todas las áreas del Programa, con el propósito de identificar puntos de mejora y estrategias para su implementación.
Se participa en seminario anual Proyectando Futuro organizada por la Municipalidad de Las Condes.
Se organiza y planifica acompañamiento y monitoreo a nuevo trabajador social del Área Social, a fin de resguardar los lineamientos técnicos del Programa Red de Protección.
Monitoreo quincenal individualizado con cada profesional del área social respecto a cada caso de los cuales son responsables, sus estados de avance, sus planes de acción y acciones futuras.
Se supervisaron y retroalimentaron oficios redactados por el equipo social, dirigidos a las áreas jurídicas correspondientes.
Se redactaron minutas respecto a estados de avance de gestiones orientadas al mejoramiento de calidad de vida de personas mayores víctimas de violencia familiar.
Se realizan registros de actas de las distintas reuniones, de manera de disponer de los medios de verificación establecidos para cada unidad del programa.
Se supervisaron informes sociales elaborados por profesionales del equipo del área social, a fin de resguardar el planteamiento técnico y metodológico.
Se realizaron tareas de gestión, para efectos de proporcionar el abordaje oportuno y pertinente frente a los requerimientos de los/as usuarias.
Se efectuaron reuniones de análisis y coordinación con área jurídica del programa para efectos de un eficiente abordaje integral a los usuarios/as.
Se supervisaron y retroalimentaron oficios redactados por el equipo social, dirigidos a las áreas jurídicas correspondientes.
Se participó en reuniones con programas de la red intra y extra municipal para efectos de fortalecer la colaboración y coordinación en base a los lineamientos y prestaciones de cada programa.
Se efectuó revisión documental respecto a la temática de envejecimiento, vulnerabilidad, violencia y demencia en personas mayores, con el propósito de actualizar los enfoques y procedimientos de abordaje.
Se efectúa seguimiento conjunto con encargada del área de gestión y seguimiento, respecto de los casos 2024 y 2025, de manera de actualizar su estado y proyección de egreso del programa.

Se actualizó de manera sistemática las actividades de cada profesional respecto a cada causa en un archivo interno de manera de efectuar un seguimiento periódico de cada caso respecto de aquellos vigentes y en pausa.

Se realizaron visitas domiciliarias a personas mayores, usuarias del programa, para efectos de complementar las técnicas de observación de la profesional encargada.

Se revisaron expedientes judiciales en plataforma virtual, de manera de recopilar antecedentes complementarios, para efectos de poseer una mirada integral de cada uno de ellos.

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. **Kathleen Pooley Vergara, RUT** XXXXXXXXXX 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. **Kathleen Pooley Vergara**.

Nombre Jefe de Departamento

NANCY GALLARDO MURGAM

Firma y timbre Jefe de Departamento





VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

DICIEMBRE

mes

de

2025

año