



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

Mes	DICIEMBRE
Nombre	VÍCTOR MANUEL ROJAS GALLARDO
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCIÓN
Período del Contrato	20/08/2025 HASTA 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

• Elaboración y registro de documentos personalizados para completar las fichas correspondientes a cada caso, asegurando la correcta disponibilidad y acceso a la información requerida en su respectiva carpeta.
• Registro sistemático de las actividades realizadas en los sistemas internos, con el fin de mantener su actualización y permitir el seguimiento semanal y mensual de las acciones efectuadas.
• Participación en las reuniones técnicas semanales del equipo psicológico, aportando al análisis de casos, la discusión de actividades y la evaluación de estrategias de intervención, ajustándolas según las necesidades particulares de cada situación.
• Diseño, desarrollo y evaluación de planes de intervención psicológica adaptados a las características específicas de cada caso, asegurando una atención pertinente y oportuna.
• Atención a la demanda espontánea de vecinos de la comuna que acuden en busca de apoyo o intervenciones vinculadas al programa.
• Realización de atenciones psicológicas presenciales en las dependencias del programa Red de Protección, manteniendo el encuadre profesional adecuado para garantizar intervenciones eficaces y acordes a las necesidades individuales.
• Gestión de la comunicación y atención de usuarios mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas, incluyendo la confirmación de horas y la coordinación oportuna de los servicios ofrecidos.
• Revisión y análisis de antecedentes judiciales asociados a cada caso, con el propósito de incorporarlos en los informes diagnósticos y de intervención elaborados.

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. **Víctor Manuel Rojas Gallardo**, 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. **Víctor Manuel Rojas Gallardo**.

Nombre Jefa de Departamento de Atención Familiar	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefa de Departamento de Atención Familiar	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

