

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

Mes	DICIEMBRE
Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 HASTA 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

Actividades Clínicas Elaboración de documentación clínica, incluyendo evoluciones médicas, informes de ingreso e informes de egreso. Registro detallado de síntomas psiquiátricos y de los avances observados en el proceso terapéutico de los usuarios. Valoración clínica de pacientes del área de psiquiatría, orientada a determinar su estado de salud mental. Implementación y seguimiento de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas destinadas a promover la estabilización psicopatológica.
Actividades de Planificación y Revisión Revisión de literatura académica relevante para la actualización profesional. Evaluación de estrategias terapéuticas disponibles. Elaboración de planes detallados de intervención dirigidos a las necesidades específicas de los usuarios.
Gestión y Comunicación con Usuarios Contacto con usuarias/os a través de correos electrónicos y llamadas telefónicas para coordinar controles. Atención de situaciones emergentes, incluyendo: Consultas sobre citas. Dudas relacionadas con tratamientos farmacológicos. Gestión y coordinación de recetas médicas. Orientación frente a otras necesidades administrativas o clínicas.
Coordinación y Trabajo Interdisciplinario Participación en reuniones de análisis de casos con el equipo interdisciplinario. Discusión y evaluación de estrategias de intervención. Revisión de avances clínicos y psicoterapéuticos de los usuarios atendidos.



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

El jefe del Departamento de Atencion Familiar, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Paula Fernanda Ulloa Perez**, 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 PROTECCION 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. **Paula Fernanda Ulloa Perez**.

Nombre Jefe de Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS