

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

| | |
|------------|--------------|
| Mes | JULIO |
|------------|--------------|

| | |
|----------------------|--|
| Nombre | CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | PSICOLOGA |
| Departamento | DE ATENCIÓN FAMILIAR |
| Programa Social | PROGRAMA RED DE PROTECCION |
| Período del Contrato | 01/05/2025 HASTA 31/12/2025 |
| Función Genérica | GESTOR TECNICO COMUNITARIO |
| Función Específica | DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. |

Actividad es efectuadas en el mes:

| |
|--|
| Redacción y organización de archivos personalizados por caso, con el fin de mantener la información actualizada y accesible en todo momento. |
| Exploración de literatura científica y evaluación crítica de las estrategias terapéuticas disponibles para estructurar intervenciones eficaces. |
| Anotación y organización de las tareas ejecutadas en un sistema interno con el fin de llevar un control preciso de cada actividad mensual. |
| Atención a las personas usuarias por vía telefónica y correo electrónico, gestionando la programación de citas y la articulación de los recursos disponibles. |
| Elaboración de reportes técnicos sobre diagnóstico y progreso, con evaluación del estado actual de los casos judiciales o administrativos y proyección de líneas de intervención acordes a cada situación. |
| Colaboración en encuentros semanales donde se revisan casos activos y se evalúan enfoques metodológicos adecuados a cada situación. |
| Realizar sesiones presenciales de apoyo psicológico dentro del programa, generando un espacio seguro que favorece intervenciones ajustadas a cada usuario. |
| Elaboración y evaluación continua de estrategias terapéuticas personalizadas, en función de las necesidades particulares y el progreso clínico de cada usuario. |
| Coordinación activa con el equipo socio-jurídico para implementar un enfoque interdisciplinario y global en la atención y gestión de casos. |
| Atención inicial a solicitudes espontaneas de vecinos, ofreciendo un entorno cálido para proporcionar información adaptada a las necesidades individuales de cada persona. |

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Camila Paz Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Julio de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **JULIO** 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 Paz Figueroa Fernández**.

| | |
|--|--|
| Nombre Directora de Desarrollo Comunitario | CAROLINA CONTRERAS BERRIOS |
| Firma y timbre Directora |   |

Las Condes, Julio mes de 2025 año