

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA
RUT	
Profesión	PSICOLOGO
Departamento	DECOM
Programa Social	RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01 de enero al 31 de diciembre del 2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y CONTENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL.

Actividad es efectuadas en el mes:

Creación de registros y documentos personalizados para ser archivados en el historial de cada caso, garantizando que la información esté accesible y disponible según sea necesario.
Atención inicial a las solicitudes espontáneas de los usuarios, ofreciendo un entorno cálido para proporcionar información adaptada a las necesidades individuales de cada persona.
Documentación de las actividades en un archivo interno para mantener un registro detallado y hacer un seguimiento preciso de las acciones realizadas cada mes.
Elaboración de informes de progreso para los casos en procesos judiciales y administrativos, evaluando el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y proyectando el desarrollo del proceso de intervención de acuerdo con las necesidades identificadas en cada caso específico.
Trabajo directo con el equipo socio-jurídico para asegurar un enfoque integral e interdisciplinario en la gestión de casos, promoviendo una intervención completa que abarque tanto los aspectos sociales como legales de cada situación.
Atención psicológica de manera presencial en las instalaciones del programa Red de Protección, creando un ambiente seguro y cómodo para realizar intervenciones psicológicas efectivas y ajustadas a las necesidades individuales.
Gestión de la atención a los usuarios a través de correos electrónicos y llamadas telefónicas, incluyendo la confirmación de citas y la coordinación eficiente de los servicios ofrecidos.
Revisión de literatura académica y evaluación de las estrategias terapéuticas disponibles para elaborar una planificación detallada de las intervenciones dirigidas a los usuarios.
Desarrollo y evaluación de planes de intervención psicológicos adaptados a las necesidades específicas y el progreso individual de cada persona, garantizando una atención personalizada y eficaz.
Participación en las reuniones semanales de análisis de casos en equipo, donde se discuten y evalúan diferentes enfoques metodológicos y estrategias de intervención para adaptarlas de manera efectiva a las circunstancias específicas de cada caso.

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

Nombre Directora Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS
Firma y timbre Directora	 

Las Condes, JULIO mes de 2025 año