

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Mes	Julio
Nombre	Ángela González Troncoso
RUT	██████████
Profesión	Psicóloga
Departamento	De Prevención
Programa Social	Programa de Prevención Delictual 2025
Período del Contrato	01/01/2025- 31/12/2025
Función que desempeña	Psicóloga

Actividades efectuadas en el mes:

Terapeuta de Terapia Multi Sistémica del programa LAZOS. Encargada de coordinar 2-3 sesiones semanales en domicilio por caso, o más en situaciones de contingencia familiar, además de reuniones mensuales con establecimientos educacionales respectivos y otros actores claves de la ecología de las familias en intervención, a cargo de 5 casos en atención.
Participación de reuniones semanales de supervisión y consulta de casos con equipo MST y SPD los martes de 09:00 a 12:00 hrs.
Realización y envío de informes semanales todos los lunes de 09:00 a 15:00.
Reunión individual con supervisora (plan de desarrollo) cada 1-3 meses para evaluación de adherencia al modelo y entrega de tareas en el desarrollo de las intervenciones.
Cobertura de turno 24-7 programa lazos 2 veces al mes. Disponibilidad para atender, orientar e intervenir urgencias familiares asociadas a las conductas de riesgo en intervención.
Trabajo administrativo (correos, revisión de verificadores, completar bitácora diariamente, registrar en calendario las gestiones realizadas y por realizar, corrección de informes).
Coordinación con colegios y diversos centros de salud como COSAM, Colegio Las Condes, CDA, Colegio Alexander Fleming, Colegio Simón Bolívar, Colegio Juan Pablo Segundo, entre otros, de acuerdo con cada caso de intervención.
Coordinación con delegadas de jóvenes transgresores de ley en cumplimiento de medida cautelar de arresto domiciliario nocturno.
Reporte CAM a consultora MST para evaluación de adherencia al modelo y desempeño con equipo de terapeutas.
Aporte en el reforzamiento con familias de reporte TAM a terapeuta MST para evaluación de adherencia al modelo y desempeño con familias.
Participación de capacitación en encuesta a vecinos de la comuna para evaluación de percepción de seguridad.
Realización de plan de desarrollo junto a supervisora para evaluación de rendimiento.

Firma prestador de los servicios	
---	--

El Director de Seguridad Pública de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica que la Sra. Ángela González Troncoso, RUT: [REDACTED] y acredita fehacientemente que dio cabal cumplimiento durante el mes de **JULIO de 2025**, a la función a honorarios para la cual fue contratado (a) de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa de Prevención Delictual 2025.

Asimismo, apruebo el Informe Mensual, presentado por la Sra. Ángela González Troncoso correspondiente a las actividades realizadas para dar cumplimiento a su función objeto de su contratación, de fecha 20 de Diciembre de 2024, aprobado mediante Decreto Alcaldicio N°4589/P-2024, de fecha 31 de Diciembre de 2024, el que fue revisado en forma exhaustiva y conforme a su función por el suscrito y declaro como Supervisor del contrato ser el único responsable de dicha aprobación para todos los efectos de la Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, 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 Sra. Ángela González Troncoso.**

Nombre Director de Seguridad Pública	Christian Bolívar Romero
Firma y timbre Director de Seguridad Pública	

Las Condes, Agosto de 2025

Mes Año