

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

Mes	OCTUBRE
------------	----------------

Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/05/2025 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:

Producción y archivo de registros únicos por caso, asegurando que la información esté ordenada y fácilmente localizable
Revisión sistemática de estudios académicos y diagnóstico de las alternativas terapéuticas con el fin de diseñar intervenciones individualizadas.
Elaboración de un registro interno que detalla las actividades mensuales, permitiendo un seguimiento eficiente y estructurado.
Intervención en espacios semanales de análisis interdisciplinario de casos, orientados a diseñar respuestas metodológicas ajustadas a cada contexto.
Llevar a cabo intervenciones psicológicas presenciales en las instalaciones del programa, fomentando un clima terapéutico propicio a las necesidades específicas de cada persona.
Formulación y ajuste de intervenciones psicológicas específicas, orientadas al bienestar y avance de cada persona a lo largo del proceso terapéutico.
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
Atención preliminar a solicitudes espontáneas de los vecinos, creando un ambiente acogedor para brindar información personalizada según las necesidades de cada individuo.
Producción de informes técnicos que integran diagnóstico y/o progreso en casos con implicancia judicial o administrativa, proponiendo ajustes en la intervención conforme a los avances y desafíos observados.
Participación en el trabajo colaborativo con el equipo socio-jurídico para promover intervenciones integrales que abarquen todas las dimensiones del caso.

Firma prestador de los servicios



El jefe 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. **Camila Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre 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 **Octubre 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 Figueroa Fernandez**.

Nombre Jefe de Departamento

NANCY GALLARDO MURGAM

Firma y timbre
Jefe de
Departamento




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS


Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año