

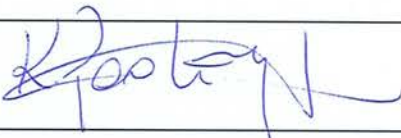
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	OCTUBRE
Nombre	Kathleen Pooley Vergara
RUT	
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 – 31/12/2025
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar funciones en el ámbito profesional, coordinando y potenciando los procesos y actividades del programa

Actividades efectuadas en el mes:

Se redactaron minutas respecto a estados de avance de gestiones orientadas al mejoramiento de calidad de vida de personas mayores víctimas de violencia familiar.
Se participa en instancia de coordinación para efectos del desarrollo de actividad conmemorativa del mes de la Salud Mental con organismos intra y extra municipales.
Monitoreo quincenal individualizado con cada profesional del área social respecto a cada caso de los cuales son responsables, sus estados de avance, sus planes de acción y acciones futuras.
Se supervisaron informes sociales elaborados por profesionales del equipo del área social, a fin de resguardar el planteamiento técnico y metodológico.
Se realizan registros de actas de las distintas reuniones, de manera de disponer de los medios de verificación establecidos para cada unidad del programa
Se participó en reunión integrada semanal con las coordinaciones de todas las áreas del Programa, con el propósito de identificar puntos de mejora y estrategias para su implementación.
Se realizaron tareas de gestión, para efectos de proporcionar el abordaje oportuno y pertinente frente a los requerimientos de los/as usuarios.
Se efectuó revisión documental respecto a la temática de envejecimiento, vulnerabilidad, violencia y demencia en personas mayores, con el propósito de actualizar los enfoques y procedimientos de abordaje.
Se supervisaron y retroalimentaron oficios redactados por el equipo social, dirigidos a las áreas jurídicas correspondientes.
Se efectuaron reuniones de análisis y coordinación con área jurídica del programa para efectos de un eficiente abordaje integral a los usuarios/as.
Se actualizó de manera sistemática las actividades de cada profesional respecto a cada causa en un archivo interno de manera de efectuar un seguimiento periódico de cada caso respecto de aquellos vigentes y en pausa.
Se revisaron expedientes judiciales en plataforma virtual, de manera de recopilar antecedentes complementarios, para efectos de poseer una mirada integral de cada uno de ellos.
Se gestiona y coordina con encargada de Departamento de Atención Familiar el abordaje social de parte del departamento municipal correspondiente.
Se realizaron visitas domiciliarias a personas mayores, usuarias del programa, para efectos de complementar las técnicas de observación de la profesional encargada.

Se participó en reuniones con programas de la red intra y extra municipal para efectos de fortalecer la colaboración y coordinación en base a los lineamientos y prestaciones de cada programa.

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. **Kathleen Pooley Vergara, 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. **Kathleen Pooley Vergara**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS