

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

| Mes | OCTUBRE |
|----------------------|--|
| Nombre | VÍCTOR MANUEL ROJAS GALLARDO |
| RUT | [REDACTED] |
| Profesión | PSICÓLOGO |
| Departamento | DE ATENCIÓN FAMILIAR |
| Programa Social | PROGRAMA RED DE PROTECCIÓN |
| Período del Contrato | 20/08/2025 HASTA 31/12/2025 |
| Actividad Genérica | GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO |
| Actividad Específica | DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. |

Actividades efectuadas en el mes:

- Revisión de literatura especializada para evaluar técnicas y abordajes terapéuticos disponibles para planificar y ejecutar intervenciones basadas en evidencia dirigidas a los usuarios del programa.
- Registro y creación de documentos personalizados para completar las fichas archivadas en cada caso, para garantizar acceso y disponibilidad de la información necesaria.
- Documentación de actividades en registros internos para su mantención y seguimiento de las acciones realizadas en forma semanal y mensual.
- Participación en las reuniones técnicas semanales del área psicológica, con análisis de casos, discusión de actividades y evaluación de estrategias de intervención para su adaptación a las circunstancias específicas de cada caso.
- Diseño, elaboración y evaluación de planes de intervención psicológicos adaptados a las particularidades de cada caso, garantizando una atención personalizada y oportuna.
- Atención psicológica presencial en dependencias del programa Red de Protección, con resguardo del encuadre apropiado para intervenciones efectivas y ajustadas a las necesidades individuales.
- Gestión del contacto y atención de los usuarios mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas, incluyendo la confirmación de citas y la coordinación eficiente de los servicios ofrecidos.
- Revisión y análisis documental de antecedentes judiciales de cada caso, para su incorporación en los informes de diagnóstico e intervención elaborados.





Firma prestador de los servicios

La Jefa 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. **Víctor Manuel Rojas Gallardo**, 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. **Víctor Manuel Rojas Gallardo**.

| | |
|---|-----------------------|
| Nombre Jefa de Departamento de Atención Familiar | NANCY GALLARDO MURGAM |
| Firma y timbre Jefa de Departamento de Atención Familiar | |

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE
mes de 2025
año