

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

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

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 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:

Evaluación clínica y seguimiento médico Evaluación de pacientes del área psiquiátrica para determinar su situación de salud mental y promover la estabilización psicopatológica mediante estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Elaboración de informes de egreso y evolución médica detallada, incluyendo descripción de la sintomatología actual y avances en el proceso psiquiátrico de cada paciente.
Coordinación interdisciplinaria y administrativa Participación en reuniones con coordinadores del programa para plantear dudas y propuestas relacionadas con la atención en salud, así como para la revisión de temas administrativos del equipo. Revisión de casos clínicos con profesionales de otras disciplinas de la red de protección, promoviendo la integración de enfoques interdisciplinarios y la coordinación de estrategias de intervención para asegurar el bienestar integral de los usuarios.
Gestión de atención y contacto con usuarios Contacto telefónico y por correo electrónico con usuarios de la red, con el objetivo de agendar controles, responder consultas sobre atenciones, resolver dudas farmacológicas, enviar recetas, entre otros.



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. **Paula Fernanda Ulloa Perez**, 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 PROTECCION 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. **Paula Fernanda Ulloa Perez**.

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




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS