

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
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
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividad es efectuadas en el mes:

Creación continua de documentación adaptada a cada situación, con archivo sistemático en los historiales para su consulta cuando sea necesario.
Investigación de publicaciones científicas y análisis de metodologías terapéuticas para fundamentar la planificación de intervenciones clínicas
Actualización mensual de registros internos con la información de las actividades realizadas, garantizando un monitoreo claro y ordenado.
Integración en reuniones periódicas para la evaluación colectiva de casos y la selección de estrategias personalizadas de intervención.
Desarrollar atención psicológica presencial en el contexto del programa, garantizando comodidad y seguridad para un abordaje individualizado
Desarrollo de planes terapéuticos centrados en las necesidades individuales, con evaluación constante para asegurar una atención psicológica adecuada
Organización de la atención mediante contacto telefónico y correos electrónicos, garantizando una coordinación fluida y oportuna de las prestaciones brindadas
Recepción inicial de solicitudes espontáneas de los residentes, ofreciendo un espacio amable donde se proporcione información adaptada a las circunstancias particulares de cada persona.
Generación de documentos de evaluación diagnóstica y evolución del caso, en el marco de procesos judiciales o administrativos, con enfoque en el análisis de metas cumplidas y necesidades persistentes
Trabajo conjunto con profesionales socio-jurídicos para asegurar una intervención completa que contemple tanto los aspectos sociales como legales de cada caso



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. **Camila Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre de 2025**, a la función 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 función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Septiembre 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 Fernández**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

Septiembre

mes

de

2025

año