

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

|     |            |
|-----|------------|
| Mes | SEPTIEMBRE |
|-----|------------|

|                      |                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre               | MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA                                                                                                                                                  |
| RUT                  |                                                                                                                                                                               |
| Profesión            | PSICOLOGO                                                                                                                                                                     |
| Departamento         | DE ATENCION FAMILIAR                                                                                                                                                          |
| Programa Social      | PROGRAMA RED DE PROTECCION                                                                                                                                                    |
| Período del Contrato | 01/01/2025 HASTA 31/12/2025                                                                                                                                                   |
| Función Genérica     | GESTOR TECNICO COMUNITARIO                                                                                                                                                    |
| Función Específica   | ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y CONTENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL. |

Actividad es efectuadas en el mes:

|                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordinación con diversas redes intra/extramunicipales para derivaciones y garantizar el acceso a recursos acordes a cada caso.                                                                                        |
| Coordinación de atención a usuarios mediante correo electrónico y llamada telefónica, incluyendo confirmación de citas.                                                                                                |
| Atención psicológica a usuarios de manera presencial en dependencias del programa Red de Protección, ofreciendo un espacio acogedor y acorde a las necesidades de cada persona.                                        |
| Registro de actividades en planilla de registros interna, con la finalidad de mantener una documentación precisa de las acciones realizadas mensualmente.                                                              |
| Atención inicial a demandas espontaneas de usuarios, ofreciendo un ambiente acogedor para brindar información acorde al requerimiento individual.                                                                      |
| Coordinación con el equipo psicosociojuridico para un abordaje interdisciplinar e integral de los casos.                                                                                                               |
| Elaboración y revisión de planes de intervención psicológica, adaptándolos según las necesidades y evolución de cada caso.                                                                                             |
| Elaboración de informes de avances judicializados y no judicializados, analizando el logro de los objetivos propuestos y la proyección del proceso de intervención acorde a las necesidades visualizadas en cada caso. |
| Participación en reuniones semanales de análisis de casos en equipo, analizando metodologías y estrategias de intervención que se adaptaran a las necesidades de cada caso.                                            |
| Elaboración de registros y/o documentos asociados a cada caso, para su posterior almacenamiento en las carpetas de antecedentes, para la disponibilidad de la información.                                             |



|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 Sr. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**, 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 PROTECCION 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 del Sr. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**.

|                                  |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefa Departamento         | NANCY GALLARDO MURGAM                                                                |
| Firma y timbre Jefa Departamento |  |

  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Septiembre de 2025  
mes año