

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	AGOSTO Y SEPTIEMBRE
-----	---------------------

Nombre	VICTOR MANUEL ROJAS GALLARDO
RUT	
Profesión	PSICOLOGO
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	20/08/2025 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:

Atención Psicológica Presencial

Prestación de atención psicológica presencial en las instalaciones del programa Red de Protección, garantizando un entorno seguro y acogedor que favorezca intervenciones efectivas y personalizadas, ajustadas a las necesidades individuales de cada usuario.

Análisis de Casos y Diseño de Planes de Intervención

Análisis de literatura académica y valoración de distintas estrategias terapéuticas con el fin de diseñar planes de intervención detallados y adaptados a las particularidades de cada usuario.

Colaboración en reuniones semanales del equipo para el análisis de casos, donde se exploran y evalúan diversos métodos y estrategias de intervención, procurando su adecuación eficaz a cada situación específica.

Coordinación Interdisciplinaria

Colaboración estrecha con el equipo socio-jurídico para ofrecer una atención integral e interdisciplinaria, abordando tanto las dimensiones sociales como legales implicadas en cada caso.

Gestión y Coordinación de la Atención

Coordinación de la atención a los usuarios mediante llamadas telefónicas y correos electrónicos, incluyendo la gestión de citas y la organización eficiente de los servicios disponibles.

Elaboración de Registros y Documentación

Elaboración de registros y documentos individualizados para cada caso, con el fin de archivarlos en el historial correspondiente y asegurar su disponibilidad y acceso cuando sea requerido.

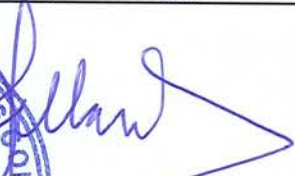
Registro sistemático de las actividades realizadas en un archivo interno, permitiendo un control mensual preciso y detallado de las acciones ejecutadas.



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. **Victor Manuel Rojas Gallardo** RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto y 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 **Agosto y 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. **Víctor Manuel Rojas Gallardo**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Septiembre 2025
mes de año