

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
Nombre	DEBORAH SILVA ESCANILLA
RUT	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2025 -31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	DESARROLLO FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOSOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Actividad es efectuadas en el mes:

Atención social presencial en dependencias del Programa Red de Protección y no presencial mediante modalidad telemática, para la recopilación de antecedentes que permitan responder al requerimiento judicial de casos derivados desde el Centro de Medidas Cautelares (CMC).
Atención y recepción de demandas espontáneas que consultan al Programa Red de Protección vía presencial o telefónicas
Derivación de casos a otras redes, tanto intra como extra municipales, según necesidad.
Visitas domiciliarias realizadas a casos derivados por el CMC, a fin de conocer condiciones habitacionales, situación actual y responder requerimiento judicial.
Elaboración de informes sociales y/o seguimiento y oficios para los casos en procesos judiciales por solicitud del CMC.
Egreso de casos judicializados y administrativos desde el Área Social por cumplimiento de objetivos, deserción voluntaria, inasistencias prolongadas, sobre intervención, fallecimiento de la víctima u otro.
Revisión y análisis de expedientes, antecedentes, Sistema Interno Municipal y Registro de Información Social (RIS) de los casos judicializados, para una mayor comprensión de situación actual de la víctima y su grupo familiar
Participación en las supervisiones técnicas semanales de análisis de casos por equipo social de Red de protección
Coordinación de casos con redes, tanto internas como intramunicipales con el fin de evaluar su grado de participación, tener una mayor comprensión de caso y analizar nuevas estrategias para la intervención y/o evaluación, según corresponda.
Creación de registros y documentación de casos para su respectivo archivo físico y digital, garantizando acceso y disponibilidad de la información, según sea necesario.
Revisión y análisis de literatura y evaluación familiar para describir y analizar la trayectoria vital familiar, pautas vinculares, triángulos y dinámicas del núcleo familiar.,



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. **Deborah Rocío Silva Escanilla**, 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 de la/el Sra./Sr. **Deborah Rocío Silva Escanilla**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS