

## INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	
Profesión	MÉDICO PSIQUIATRA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	RED DE PROTECCIÓN
Período del Contrato	01 de enero al 31 de diciembre del 2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y ATENCION ESPECIALIZADA,CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACION DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL.

## Actividad es efectuadas en el mes:

Valoración clínica de pacientes del área de psiquiatría, orientada a determinar su estado de salud mental y a promover su estabilización psicopatológica mediante intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas.
Elaboración de documentos como evoluciones médicas, ingresos e Informes de Egreso, que detallan los síntomas psiquiátricos presentes y los avances en el proceso terapéutico.
Análisis conjunto de casos con profesionales de distintas disciplinas pertenecientes a la red de protección, fomentando la integración de perspectivas interdisciplinarias y la coordinación de acciones de intervención orientadas al bienestar integral de las personas usuarias.
Comunicación con usuarias de la Red a través de correos electrónicos y llamadas telefónicas, con el objetivo de agendar controles y atender diversas situaciones emergentes, tales como consultas sobre prestaciones, dudas relacionadas con medicación, gestión de recetas, entre otras.
Consulta y análisis de bibliografía especializada, con el fin de identificar y adoptar nuevas perspectivas teóricas y metodológicas que contribuyan al fortalecimiento de la práctica profesional y a la optimización de la calidad de la atención prestada.



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. Paula Fernanda Ulloa Pérez, RUT: 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. **Paula Fernanda Ulloa Pérez.** 

Nombre Jefa Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefa Departamento	MEDIACIÓN MEDIAC
	DESARROLZO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, Septiembre 2025

mes de año