

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	ASTRID MARGARITA ESQUIVEL DE LIMA
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	De Atención Familiar
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

Elaboración y mantenimiento actualizado de la ficha clínica, con la información de cada caso estructurada de manera clara y fácilmente accesible para el equipo profesional.
Confección de oficios legales en el marco de causas judiciales, garantizando el resguardo de la información pertinente y el cumplimiento de las normativas formales y de confidencialidad.
Análisis de la bibliografía entregada para identificar estrategias terapéuticas aplicables y así diseñar una planificación detallada de las intervenciones para los usuarios.
Diseño de planes de intervención psicológica personalizados que faciliten el cumplimiento de los objetivos establecidos, asegurando una atención efectiva y centrada en el usuario.
Comunicación con el equipo socio-jurídico para garantizar una gestión de casos con enfoque integral e interdisciplinario, abordando de manera conjunta los ámbitos social y legal.
Brindar atención psicológica presencial en las dependencias del programa Red de Protección, asegurando un entorno seguro y acogedor que favorezca intervenciones efectivas y personalizadas.
Redacción de informes diagnósticos y/o de progreso vinculados a procesos judiciales y administrativos, con el fin de analizar el impacto de las intervenciones en relación con los objetivos planteados en cada caso.
Comunicación con el equipo psiquiátrico ante la necesidad de acompañar el tratamiento de los usuarios con la intervención terapéutica, en aquellos casos que están activamente en proceso de tratamiento farmacológico.
Participación activa en reuniones semanales de equipo dedicadas al análisis de casos vigentes, con el objetivo de discutir enfoques metodológicos y estrategias de intervención ajustadas a las particularidades de cada situación.



Firma prestador de los servicios	<i>Astrid Esquivel</i>
----------------------------------	------------------------

El jefe de 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. **Astrid Margarita Esquivel de Lima**, RUT [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **RED DE PROTECCIÓN 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **ABRIL de 2026**; 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. **Astrid Margarita Esquivel**.

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


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026
mes de año