

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

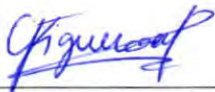
|            |              |
|------------|--------------|
| <b>Mes</b> | <b>ABRIL</b> |
|------------|--------------|

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre               | CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ  |
| RUT                  | ██████████   |
| Profesión            | ██████████   |
| Departamento         | DE ATENCION FAMILIAR   |
| Programa Social      | PROGRAMA RED DE PROTECCION   |
| Período del Contrato | 01/01/2026-31/12/2026  |
| Actividad Genérica   | GESTOR TECNICO COMUNITARIO   |
| Actividad Especifica | DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. |

Actividades efectuadas en el mes:

|   |
|---|
| Producción de documentos adaptados a cada situación para su incorporación en el historial correspondiente, asegurando su correcta consulta.   |
| Evaluación de literatura académica y métodos terapéuticos para elaborar planes de intervención ajustados.   |
| Organización y actualización de un archivo interno con el detalle de las acciones realizadas, asegurando la trazabilidad y control de las actividades desarrolladas en el tiempo.   |
| Participación en instancias semanales de trabajo colaborativo, en las que se analizan casos y se definen estrategias de intervención acordes a cada contexto.                       |
| Atención clínica presencial realizada en las dependencias del programa, promoviendo un clima de confianza y seguridad para el trabajo terapéutico.                                  |
| Planificación y seguimiento de intervenciones psicológicas, orientadas a responder de manera específica a las necesidades de cada caso.   |
| Manejo de la comunicación con usuarios para confirmar agendas, resolver consultas y agendar los servicios ofrecidos por el programa.  |
| Atención primaria a vecinos que se acercan de manera espontánea, ofreciendo un espacio de escucha y orientación inicial.  |
| Desarrollo de informes de seguimiento y diagnóstico, de procesos judiciales y administrativos, que evalúan el grado de cumplimiento de objetivos y orientan futuras intervenciones. |
| Trabajo conjunto con áreas socio-jurídicas, favoreciendo una mirada integral que responda a la complejidad de cada situación.   |



|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Firma prestador de los servicios |  |
|----------------------------------|--|

**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. **Camila Paz Figueroa Fernández**, 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. **Camila Paz Figueroa Fernández** .

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 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