

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

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

Nombre	MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCIÓN
Período del Contrato	01/01/2026 HASTA 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL

Actividades efectuadas en el mes:

Realización de atención psicológica presencial en las dependencias del programa Red de Protección, favoreciendo un entorno adecuado, seguro y propicio para el desarrollo de intervenciones pertinentes y ajustadas a cada usuario.
Elaboración de registros mensuales relativos a las actividades desarrolladas, dejando constancia sistemática de las acciones efectuadas en archivos internos destinados al control y seguimiento institucional.
Redacción de informes diagnósticos y reportes de progreso asociados a casos remitidos desde instancias judiciales o administrativas, considerando el nivel de cumplimiento de los objetivos definidos y estableciendo la proyección futura del proceso de intervención según las necesidades identificadas.
Revisión de bibliografía especializada y análisis de distintos enfoques y modelos terapéuticos, con el propósito de estructurar una planificación ordenada que oriente las intervenciones dirigidas a los usuarios del programa.
Recepción inicial de consultas espontáneas por parte de los usuarios, brindando un espacio de acogida que permita entregar orientación clara y pertinente conforme a las necesidades particulares de cada persona.
Preparación y organización de documentación y antecedentes individuales para su incorporación en los expedientes personales, asegurando una adecuada sistematización, resguardo y acceso a la información.
Colaboración constante con el equipo sociojurídico para propiciar un abordaje integral e interdisciplinario de las situaciones tratadas, integrando de manera conjunta las dimensiones sociales y legales presentes en cada caso.
Encuentros semanales junto al equipo profesional destinados al análisis y reflexión en torno a los casos atendidos, instancia en la cual se revisan y valoran diversas estrategias de intervención con el propósito de ajustarlas a las particularidades de cada situación.
Gestión de la atención dirigida a los usuarios mediante comunicaciones telefónicas y correos electrónicos, asumiendo la responsabilidad de programar y confirmar sesiones, además de organizar de manera ordenada las prestaciones disponibles.
Formulación, actualización permanente y monitoreo de los planes de intervención psicológica en concordancia con la evolución particular de cada caso y con las necesidades específicas de los usuarios, procurando un acompañamiento individualizado y efectivo.



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. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**, 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. **Maurizio Simone Ortiz Rivera**.

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 año