

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

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


Nombre	Kathleen Pooley Vergara
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar funciones en el ámbito profesional, potenciando los procesos y actividades del programa

Actividades efectuadas en el mes:

Se participa en reunión integrada semanal con los encargados de las áreas del Programa, con el propósito de identificar puntos de mejora y estrategias para su implementación.
Se realizan registros de actas de las distintas reuniones, de manera de disponer de los medios de verificación establecidos para cada unidad del programa.
Se efectuó revisión documental respecto a la temática de envejecimiento, vulnerabilidad, violencia y demencia en personas mayores, con el propósito de actualizar los enfoques y procedimientos de abordaje.
Se realizaron tareas de gestión con la red intermunicipal, para efectos de proporcionar el abordaje oportuno y pertinente frente a los requerimientos de los/as usuarias.
Se redactaron minutas respecto a estados de avance de gestiones orientadas al mejoramiento de calidad de vida de personas mayores víctimas de violencia familiar.
Se efectuaron reuniones de análisis y asesoría con el área jurídica del programa para efectos de un eficiente abordaje integral a los usuarios/as.
Monitoreo quincenal individualizado con cada profesional del área social respecto a cada caso de los cuales son responsables, sus estados de avance y sus planes de acción.
Se realizan visitas domiciliarias semanales a las personas mayores y sus familias, con el objetivo de iniciar los procesos de evaluación de acuerdo al requerimiento judicial.
Se revisan informes sociales elaborados por profesionales del equipo del área social, a fin de resguardar el planteamiento técnico y metodológico.
Se retroalimentaron oficios redactados por el equipo social, dirigidos al área jurídica correspondiente.
Se reciben demandas espontáneas, a través de la realización de entrevistas y el llenado de ficha correspondiente para su posterior análisis y abordaje oportuno.
Se actualiza de manera sistemática las actividades realizadas por cada profesional respecto a cada causa en un archivo interno de manera de efectuar un seguimiento periódico de cada caso respecto de aquellos vigentes y en pausa.
Se revisaron expedientes judiciales en plataforma virtual, de manera de recopilar antecedentes complementarios, para efectos de poseer una mirada integral de cada uno de ellos.

Se participa de asesoría inter área psicológica y Social, para efectos de orientar el abordaje y desarrollo de informe de causa judicializada.

Se participa de reunión ampliada mensual la cual tiene como propósito la presentación de caso psicosocial y su respectivo análisis.

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. **Kathleen Pooley Vergara**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **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. **Kathleen Pooley Vergara**.

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

  
VºBº DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO  


Las Condes, \_\_\_\_\_ ABRIL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2026  
mes año