

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

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

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01 /2026 HASTA 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, BRINDAR APOYO Y ATENCION ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL.

Actividades efectuadas en el mes:


<p>Uso de correo electrónico o llamados telefónicos con el fin de agendar citas, enviar recetas médicas, resolver dudas y otras gestiones relacionadas con la atención en salud de las usuarias de la red.</p>
<p>Controles psiquiátricos de forma presencial y en ocasiones a distancia, con el fin de evaluar el estado psicopatológico y apuntar a mejorías del mismo a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico</p>
<p>Evaluaciones psiquiátricas, derivadas desde el área psicológica, con el objetivo de entregar un diagnóstico psiquiátrico</p>
<p>Redacción de informes de evaluación, de egreso y evoluciones médicas detalladas, con una descripción de sintomatología actual y avances en el proceso psiquiátrico</p>
<p>Revisiones de casos con profesionales de otras disciplinas de la red de protección, promoviendo la integración de enfoques interdisciplinarios y la elaboración de estrategias de intervención para asegurar el bienestar integral de los usuarios/as.</p>
<p>Revisión de literatura académica y evaluación de las estrategias disponibles para elaborar una planificación detallada de las intervenciones dirigidas a los usuarios</p>



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

El jefe 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: [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. **Paula Fernanda Ulloa Pérez**.

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