

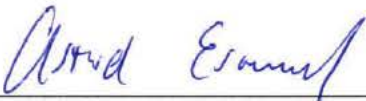
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	ASTRID MARGARITA ESQUIVEL DE LIMA
RUT	
Profesión	
Departamento	De Atención Familiar
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026 - 2027
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.
Brindar atención psicológica presencial en las dependencias del programa Red de Protección, asegurando un entorno seguro y acogedor que favorezca intervenciones efectivas y personalizadas.
Análisis de la bibliografía entregada para identificar estrategias terapéuticas aplicables y así diseñar una planificación detallada de las intervenciones para los usuarios.
Elaboración 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.
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.
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.
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 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.

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. **Astrid Margarita Esquivel de Lima**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **agosto 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 **AGOSTO 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 de Lima**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

