

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

Mes	AGOSTO
Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026-2027
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:

Trabajo colaborativo con el equipo socio-jurídico, integrando distintas perspectivas para una intervención completa.
Elaboración de informes técnicos que reflejan el estado del proceso de intervención y las proyecciones correspondientes.
Atención de solicitudes espontáneas desde un enfoque empático, facilitando el acceso a información y orientación pertinente.
Administración de la comunicación con usuarios para garantizar una adecuada organización de la atención y los servicios brindados.
Desarrollo y monitoreo de planes psicológicos individualizados, orientados a una atención personalizada y de calidad.
Desarrollo de sesiones psicológicas presenciales en un entorno adecuado para promover intervenciones personalizadas y efectivas.
Asistencia a reuniones semanales destinadas a evaluar alternativas de intervención y fortalecer el abordaje integral de los casos.
Documentación periódica y organizada de las actividades en archivos internos, asegurando un registro completo y actualizado de las acciones realizadas.
Consulta de bibliografía especializada y análisis de estrategias terapéuticas para orientar el trabajo con usuarios.
Confección de documentos adaptados a cada caso, asegurando la correcta disponibilidad de la información archivada

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 **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. **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,

AGOSTO

mes

de

2026

año