

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
Nombre	MAURIZIO SIMONE ORTIZ RIVERA
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCIÓN 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 HASTA 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	ACOGER A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILAR, BRINDAR APOYO Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, CON EL OBJETO DE POSIBILITAR LA REPARACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL DAÑO PSICOSOCIAL

Actividades efectuadas en el mes:

Elaboración, actualización continua y seguimiento de los planes de intervención psicológica, considerando la evolución específica de cada caso y los requerimientos particulares de los usuarios, con el objetivo de proporcionar un acompañamiento personalizado y efectivo.
Atención inicial de consultas realizadas de manera espontánea por los usuarios, proporcionando un espacio de recepción y orientación que permita entregar información clara, oportuna y acorde con las necesidades particulares de cada persona.
Confección de registros mensuales relacionados con las labores ejecutadas, dejando un respaldo ordenado y sistemático de las acciones realizadas en documentos internos orientados al control y seguimiento institucional.
Consulta de literatura especializada y revisión de diversos enfoques y modelos terapéuticos, con la finalidad de desarrollar una planificación estructurada y organizada que permita orientar las intervenciones psicológicas destinadas a los usuarios del programa.
Trabajo coordinado y permanente con el equipo sociojurídico, con el fin de favorecer una intervención integral e interdisciplinaria frente a las situaciones abordadas, articulando conjuntamente los aspectos sociales y jurídicos involucrados en cada caso.
Recopilación, preparación y ordenamiento de antecedentes y documentación individual para su incorporación en los expedientes personales, procurando mantener una adecuada organización, sistematización, protección y disponibilidad de la información.
Participación en reuniones semanales con el equipo profesional, orientadas a la revisión, análisis y reflexión de los casos abordados, instancia en la que se examinan y evalúan distintas alternativas de intervención, procurando adecuarlas a las características y requerimientos de cada situación.

Elaboración de informes de carácter diagnóstico y reportes de avance correspondientes a casos derivados desde organismos judiciales o administrativos, considerando el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y definiendo la proyección del proceso interventivo de acuerdo con las necesidades detectadas.

Coordinación de la atención de los usuarios mediante contacto telefónico y correo electrónico, encargándose de la planificación y confirmación de las sesiones, así como de la organización sistemática de las prestaciones disponibles.

Ejecución de atenciones psicológicas presenciales en las instalaciones del programa Red de Protección, proporcionando un espacio seguro, adecuado y favorable para el desarrollo de intervenciones pertinentes, considerando las características individuales de cada usuario.

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 **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. **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,

AGOSTO

mes

de

2026

año