

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

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

Nombre	Kathleen Pooley Vergara
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en el ámbito profesional, potenciando los procesos y actividades del programa

Actividades efectuadas en el mes:

Se recepcionan las derivaciones de nuevos casos judiciales de personas mayores y se realizan las correspondientes asignaciones a cada profesional del área.
Se participa en reunión de la mesa de participación organizada por el Cesfam Dr. Aníbal Ariztía realizada en dependencias del PRM "Ciudad del Niño"
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 efectuaron reuniones de análisis y de apoyo con el área jurídica del programa para efectos de un eficiente abordaje integral a los usuarios/as.
Se realizaron tareas de gestión con la red intermunicipal, para efectos de proporcionar el abordaje oportuno y pertinente frente a los requerimientos judiciales de los/as usuarios.
Se actualiza de manera sistemática información referida a 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, en pausa y a egresar.
Se participó en reunión ampliada mensual de equipo Red de Protección
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 revisaron expedientes judiciales en plataforma virtual, de manera de recopilar antecedentes complementarios de cada causa, para efectos de poseer una mirada integral de cada una de ellas.
Se prepara contenido para charlas orientadas a la difusión del área social del programa.
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, con el propósito de retroalimentar las acciones desarrolladas.
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 realiza curso GSL- Acreditación RSH.
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 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 retroalimentaron oficios redactados por el equipo social, dirigidos al área jurídica correspondiente.
Se revisan informes sociales elaborados por profesionales del equipo del área social, a fin de resguardar los lineamientos técnico y metodológico.

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 **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. **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,

AGOSTO

mes

de

2026

año