

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

Mes	AGOSTO 2026
-----	-------------

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026-2027
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:

Atención y seguimiento de las usuarias a través de vías telefónicas y digitales para la programación de consultas, resolución de inquietudes farmacológicas y gestión oportuna de recetas médicas.
Redacción de documentación clínica asegurando el registro minucioso de cuadros clínicos, progresos terapéuticos y metas cumplidas.
Evaluación y formulación diagnóstica integral en salud mental, estructurando e implementando planes terapéuticos personalizados (farmacológicos y no farmacológicos) enfocados en el restablecimiento de la salud del usuario.
Integración en discusiones clínicas interdisciplinarias para la revisión y seguimiento de casos complejos, monitoreando el progreso psicoterapéutico y redefiniendo las líneas de intervención según requerimiento.
Monitoreo sintomático continuo y ajuste de esquemas farmacológicos y psicoterapéuticos, garantizando un abordaje integral y la adecuada adherencia al tratamiento de los pacientes.



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

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 **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. **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, AGOSTO de 2026
mes año