

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026. ✓

Mes	ENERO
Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	
Profesión	PSICOLOGA
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2026 HASTA 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:

Elaboración de registros y documentos individualizados para su archivo en el historial de cada caso, asegurando el acceso oportuno a la información.
Análisis de literatura científica y valoración de estrategias terapéuticas para diseñar planes de intervención.
Registro sistemático de las actividades realizadas en un archivo interno, con el objetivo de mantener un control detallado y permitir un seguimiento mensual preciso de las acciones ejecutadas.
Participación activa en reuniones semanales de equipo destinadas al análisis de casos, donde se reflexiona de manera conjunta sobre distintos enfoques metodológicos y estrategias de intervención
Brindar atención psicológica de manera presencial en las instalaciones del programa Red de Protección, asegurando un entorno seguro, confidencial y adecuado para el proceso terapéutico.
Diseño, implementación y evaluación continua de planes de intervención psicológicos, adaptados a las necesidades específicas y al progreso individual de cada persona
Gestión de la atención a los usuarios mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas, incluyendo la confirmación de citas y la coordinación eficiente de los servicios disponibles.
Atención inicial a solicitudes espontáneas de vecinos, brindando un entorno cálido y acogedor para ofrecer información adecuada a cada necesidad
Elaboración de informes de diagnóstico y/o progreso para casos en procesos judiciales y administrativos, evaluando el cumplimiento de los objetivos planteados
Trabajo directo y coordinado con el equipo socio-jurídico para asegurar un abordaje integral e interdisciplinario de los casos.

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

El 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. **Camila Figueroa Fernández**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Enero 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**.

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 **Enero 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 Figueroa Fernandez**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS

