

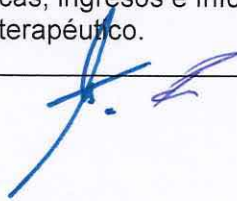
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	FEBRERO
------------	----------------

Nombre	PAULA FERNANDA ULLOA PEREZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
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	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:

Comunicación con usuarias de la Red a través de correos electrónicos y llamadas telefónicas, con el objetivo de agendar controles y atender diversas situaciones emergentes, tales como consultas sobre citaciones, dudas relacionadas con fármacos, gestión de recetas, entre otras.
Valoración clínica de pacientes del área de psiquiatría, orientada a determinar su estado de salud mental y a promover su estabilización psicopatológica mediante intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas
Documentación de las actividades en un archivo interno para mantener un registro detallado y hacer un seguimiento preciso de las acciones realizadas cada mes.
Revisión de literatura académica y evaluación de las estrategias disponibles para elaborar una planificación detallada de las intervenciones dirigidas a los usuarios
Participación en reuniones de análisis de casos con integrantes del equipo, donde se discuten y evalúan diferentes estrategias de intervención y avances en el proceso psiquiátrico y psicoterapéutico.
Elaboración de documentos como evoluciones médicas, ingresos e Informes de Egreso, que detallan los síntomas psiquiátricos presentes y los avances en el proceso terapéutico.




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. **Paula Fernanda Ulloa Pérez,** RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Febrero 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 **Febrero 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 (S)

JUAN IGNACIO PINO MANUBENS



Las Condes, FEBRERO mes de 2026 año