

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	JUNIO
Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
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:

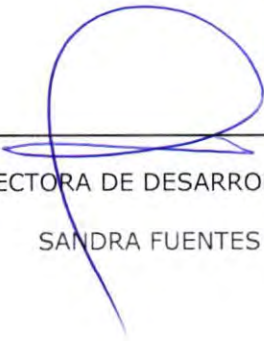
Creación y mantenimiento de registros individualizados para cada caso, permitiendo un acceso claro y oportuno a la información.
Sistematización de la información relacionada con las actividades mensuales en registros internos, favoreciendo un seguimiento claro y estructurado de las acciones ejecutadas.
Análisis crítico de investigaciones y estrategias terapéuticas para definir acciones de intervención.
Atención psicológica directa en modalidad presencial, garantizando condiciones óptimas para el abordaje individual de cada caso.
Colaboración en reuniones periódicas de análisis de casos, aportando a la evaluación de metodologías y al ajuste de las intervenciones propuestas.
Creación y evaluación de planes terapéuticos personalizados, garantizando una atención centrada en la persona y basada en su progreso
Recepción de demandas comunitarias espontáneas, garantizando un ambiente respetuoso y contenedor
Gestión integral de la atención a usuarios a través de canales digitales y telefónicos, favoreciendo una atención organizada y fluida.
Articulación de acciones con el equipo legal y social para garantizar una intervención interdisciplinaria eficaz
Redacción de informes de avance y diagnóstico que permiten evaluar el proceso de intervención y proyectar su continuidad.

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

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO