

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

Mes	MARZO
Nombre	CAMILA PAZ FIGUEROA FERNANDEZ
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
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:

Colaboración con el equipo socio-jurídico para integrar los aspectos psicológicos, sociales y legales en la gestión de casos
Confección de informes diagnósticos y evolutivos para instancias judiciales y administrativas, considerando las necesidades específicas de cada caso.
Acogida de solicitudes no programadas, priorizando un trato cercano y la entrega de información clara y pertinente.
Atención y gestión administrativa de usuarios mediante llamadas y correos electrónicos, asegurando una gestión oportuna y eficiente.
Desarrollo de estrategias de intervención psicológica individualizadas, con evaluación permanente de su efectividad y ajustes según el avance del proceso.
Desarrollo de intervenciones psicológicas presenciales en un ambiente protegido, orientadas a responder a las necesidades específicas de cada usuario
Integración permanente en reuniones de equipo para la revisión y discusión de casos, promoviendo la toma de decisiones fundamentadas y organizadas
Elaboración de registros internos que detallan las actividades efectuadas, permitiendo un seguimiento continuo y organizado de las intervenciones mensuales
Estudio de bibliografía especializada y análisis de estrategias terapéuticas para orientar la planificación clínica.
Diseño y confección de registros específicos para cada caso, organizados de forma que la información sea fácilmente accesible.



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 **MARZO 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 **MARZO 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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, MARZO de 2026
mes año