LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	MAYO 2026

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

Planificación estratégica de tratamientos: Diseño de planes de intervención personalizados mediante la revisión constante de evidencia científica y literatura académica actualizada, asegurando un enfoque clínico riguroso.
Gestión de la continuidad asistencial: Mantenimiento de una comunicación directa con las usuarias vía telefónica y digital para la coordinación de citas, resolución de dudas farmacológicas y gestión de recetas
Análisis Clínico Multidisciplinario: Colaboración activa en sesiones clínicas de equipo para la discusión de casos complejos, evaluando el progreso psicoterapéutico y ajustando las estrategias de abordaje.
Evaluación y Estabilización Psicopatológica: Realización de valoraciones clínicas integrales para determinar el estado mental de los pacientes, aplicando terapias farmacológicas y no farmacológicas orientadas a su recuperación.
Redacción de informes técnicos: Elaboración de documentos clínicos oficiales (ingresos, evoluciones y egresos) que registran la sintomatología, el curso de la enfermedad y los hitos logrados en el tratamiento.
Sistematización de la labor mensual en registros internos detallados para garantizar el seguimiento administrativo y la trazabilidad de cada intervención realizada.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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 **MAYO 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 **MAYO** 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	

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN FAMILIAR
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECTOR DE DESARROLLO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, MAYO (mes) de 2026 (año)