

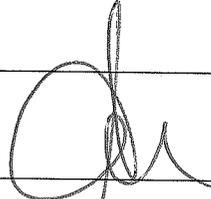
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

| Mes | AGOSTO |
|----------------------|---|
| Nombre | AVELLO PALMA MIRTA ANDREA |
| RUT | ██████████ |
| Profesión | LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL/MEDIADORA FAMILIAR |
| Departamento | DEPTO. ATENCION FAMILIAR |
| Programa Social | MEDIACIÓN FAMILIAR 2025 |
| Período del Contrato | 01/01-31/12 |
| Función Genérica | GESTOR TECNICO COMUNITARIO |
| Función Específica | OTORGAR UNA INSTANCIA PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXISTENTES AL INTERIOR DEL NÚCLEO FAMILIAR MEDIANTE LA MEDIACION FAMILIAR. |

Actividad es efectuadas en el mes:

| |
|---|
| Realizar invitaciones y enviar link para sesiones a los mediados. |
| Realizar sesiones de Mediación Familiar conjuntas. (17 sesiones conjuntas) Agendar posteriores sesiones conjuntas de los mediados, Lectura de acuerdo y finalización de redacción Acuerdo. Cabe señalar que, del total de casos gestionados, tres (3) correspondieron a procesos iniciados en el mes anterior y finalizados durante el presente período. |
| Acta de Mediación Frustrada por no acuerdo 2 |
| Redacción de Acuerdos de Mediación Familiar. (8 Actas de acuerdo realizadas) |
| Ingreso a Tribunales de Familia de Acuerdos de Mediación, vía plataforma SIMEF (Sistema de Mediación Familiar de Chile) |
| Envío correos electrónicos a vecinos informando la resolución de sus acuerdos. |
| Ingreso vía plataforma SIMEF de las Resoluciones judiciales de Tribunales de Familia, de los Acuerdos presentados. |
| Reuniones de trabajo, consulta de casos y coordinación. |

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 la Sra. **Mirta Andrea Avello Palma**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **MEDIACIÓN FAMILIAR 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto de 2025**; 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 Sra. **Mirta Andrea Avello Palma**.

Nombre Jefe de Departamento Nancy Gallardo Murgam

Firma y timbre
Jefe de
Departamento




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año