

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	FRANCISCA ANDREA FARIAS RAMIREZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL – MEDIADORA FAMILIAR
Departamento	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	MEDIACIÓN FAMILIAR
Período del Contrato	01/01/2025 al 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	OTORGAR UNA INSTANCIA PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXISTENTES AL INTERIOR DEL NÚCLEO FAMILIAR MEDIANTE LA MEDIACIÓN FAMILIAR

Actividades efectuadas en el mes:

Sesiones de mediación familiar, redacción de actas de acuerdo de mediación familiar, redacción de actas de mediación frustrada, atención individual a consultas de usuarios, tramitación de acuerdos ante el poder judicial a través del ingreso de acuerdos en la página del poder judicial y sistema informático de mediación familiar SIMEF.
Seguimiento diario de los acuerdos en www.pjud.cl, redacción y presentación de escritos ante requerimiento de los Tribunales de Familia, envío de causas y resoluciones judiciales a los mediados. Atención telefónica a los mediados para orientación, agendar horas, responder consultas.
Mantención del sistema informático SIMEF, ingreso de prestaciones en ATS, envío de correos electrónicos a mediados para envío de link de Teams (Permanente).
Participación en reuniones de trabajo y de equipo, coordinación y consulta de casos (Permanente). Una Capacitación.
Desarrollo de orientación a los mediados, denominadas reuniones de pre – mediación (Permanente).
Derivación de mediados a otros programas municipales en caso de ser necesario (Permanente).
Actualización en modificaciones a la legislación vigente en materias de familia y mediación cuando corresponda.

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. **Francisca Andrea Farias Ramírez**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **octubre de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al 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 prestación de servicio objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, 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 octubre 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/el Sra./Sr. **FRANCISCA ANDREA FARIAS RAMÍREZ**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS