


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

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

Nombre	NORAMBUENA MONTIGLIO VIVIANA
RUT	██████████
Profesión	DISEÑADORA, MEDIADORA FAMILIAR.
Departamento	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	MEDIACION FAMILIAR
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	OTORGAR UNA INSTANCIA PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXISTENTES AL INTERIOR DEL NÚCLEO FAMILIAR MEDIANTE LA MEDIACION FAMILIAR

Actividades efectuadas en el mes:

<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar invitaciones y enviar link para sesiones a los mediados,</li><li>- Realizar sesiones de Mediación Familiar conjuntas,</li><li>- Agendar posteriores sesiones conjuntas de los mediados,</li><li>- Redacción de Acuerdos de Mediación Familiar, Redacción de Actas de Mediación Frustrada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ingreso a Tribunales de Familia de Acuerdos de Mediación, vía plataforma SIMEF (Sistema de Mediación Familiar de Chile), Ingreso vía plataforma SIMEF de las Resoluciones judiciales de Tribunales de Familia, de los Acuerdos presentados, Ingreso de Escritos a Oficina Judicial Virtual según solicite Tribunal de Familia, Aviso a los mediados de las resoluciones de los Juzgados de Familia de Santiago.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientación vía telefónica o vía mail sobre Mediación Familiar a vecinos que me lo requieran.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ingreso a Sistema ATS de todas las acciones realizadas por esta mediadora con respecto a los vecinos de Las Condes.</li><li>- Realización de Reuniones de coordinación del programa.</li></ul>

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. **Viviana Norambuena Montiglio**, 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 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 **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. **Viviana Norambuena Montiglio**.

Nombre Jefe de Departamento	<b>Nancy Gallardo Murgam.</b>
Firma y timbre Jefe de Departamento	

  
VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
**CAROLINA CONTRERAS BERRIOS**  
