

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

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román
RUT	
Profesión	Abogada
Departamento	Atención Familiar
Programa Social	Acoge Mujer 2025
Período del Contrato	18/08-31/12
Función Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Función Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, realizando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Elaboración de ficha de derivación del programa.
Elaboración de pauta de Primera Acogida.
Elaboración ficha de Plan de Intervención Individual.
Reunión de coordinación de equipo triada de intervención psicosocial jurídica para definir lineamientos de atención de casos.
Reunión de derivación de caso con Centro de la Mujer Ñuñoa.
Elaboración de presentación de Programa Acoge Mujer.
Presentación de Programa a equipo Províctima y Red de Protección.
Participación en Congreso "Desafíos de la violencia de género en los espacios académicos" U. Santo Tomás.
7 atenciones de Primera Acogida.
Participación en "Charlas cortas para mujeres".
Participación en 2º Taller de acogida para Monitoras "Casos de Violencia Intrafamiliar con perspectiva de Género".
Participación en 4º Taller de formación para funcionarias y funcionarios municipales. SUBDERE.
Participación en Jornada de difusión de resultados del enfoque de género del diagnóstico nacional 2024.
Orientaciones jurídicas a casos derivados del Centro de Medidas Cautelares.
Asistencia a audiencia.

Firma prestador de los servicios



La jefa del Departamento de Atención Familiar, **Nancy Gallardo Murgam**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **ACOGUE MUJER 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 **Septiembre 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. **Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román**.

Nombre Jefe de Departamento

Nancy Gallardo Murgam

Firma y timbre
Jefe de
Departamento




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS




Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año