

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

Mes	ABRIL
Nombre	Pamela Ivonne Bugueño Mancilla
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Atención Familiar
Programa Social	Acoge Mujer 2026 - 2027
Período del Contrato	01/04/2026- 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, realizando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Se actualizan Panel de control, y registro de atenciones, de forma diaria y según las gestiones realizadas.
Se tomó contacto con participantes para revisar disponibilidad de horarios, y posterior agendamiento de atención.
Se acompaña instancias de primera acogida a participantes del programa, acogiendo requerimientos y realizando posterior análisis de pertinencia.
Participación en instancia de bienvenida y entrega formal de lineamientos del programa, en conjunto con equipo Gestor.
Participación de análisis y entrega de casos activos y egresados, en conjunto a Psicóloga anterior del programa.
Se realizó visita domiciliaria a participante adulta mayor, junto a Profesional Abogada, para entregar información de opciones disponibles frente a su requerimiento de seguridad.
Participación de análisis en triada Psico socio jurídica de casos en que presentan requerimientos de Atención Psicoterapéutica.
Participación en jornada de entrega de resultados de Encuesta de Clima Laboral realizada por el departamento de Gestión de Personas. En base a los datos entregados, se participa en presentación de ideas de mejoras según indicadores elegidos a mejorar.

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. **Pamela Bogueño Mancilla**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **abril 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 **ACOGUE MUJER 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 **abril 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. **Pamela Bogueño Mancilla**.

Nombre Jefe de Departamento	Nancy Gallardo Murgam
Firma y timbre Jefe de Departamento	


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ Abil _____ 2026
 mes _____ de _____ año