

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

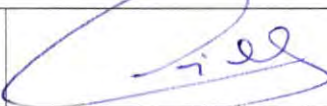
Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Nicole Miranda Pino
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Atención Familiar
Programa Social	Red de Protección 2026 - 2027
Período del Contrato	01/04/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Específica	Realizar evaluaciones de las condiciones sociofamiliares, diseñe y participe en el diseño de intervenciones de apoyo y protección, fortaleciendo redes de apoyo y protección cuando se requiera.

Actividad es efectuadas en el mes:

Revisión de causas en la plataforma del Poder Judicial.
Realización de visitas domiciliarias para elaboración de evaluaciones sociales solicitadas desde el Centro de Medidas Cautelares.
Atenciones presenciales y no presenciales a usuarios del programa a fin de realizar evaluaciones sociales para informar al Centro de Medidas Cautelares.
Realización de oficios a fin de ingresar las causas derivadas desde el Centro de Medidas Cautelares.
Realización de oficios de situación de actual y/o gestiones realizadas, a fin de dar respuesta a las derivaciones y solicitudes del Centro de Medidas Cautelares.
Elaboración de Informes Sociales de NNA, adultos y personas mayores solicitados por el Centro de Medidas Cautelares.
Participación en revisión de casos semanal con el equipo técnico y el área social del Programa Red de Protección.
Comunicación con redes intra y extra municipales con el fin de gestionar acciones en beneficio de los usuarios del programa.
Participación de reuniones informativas con el equipo del programa de Red de Protección.
Gestión administrativa interna.
Atención de usuarios por demanda espontánea, ya sea de manera presencial, telefónica o vía correo electrónico.
Realización de seguimiento de casos, por solicitud del Centro de Medidas Cautelares.



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. **NICOLE MIRANDA PINO**, RUT: XXXXXXXXXX, 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 **RED DE PROTECCIÓN 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 **Sra. NICOLE MIRANDA PINO**.

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


 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ **ABRIL** _____ de _____ **2026** _____
 mes año