

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

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

Nombre	Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Atención Familiar
Programa Social	Acoge Mujer 2026-2027
Período del Contrato	01/04-31/12
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar funciones en su ámbito profesional, realizando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Reuniones de triada de intervención psicosocial jurídica para revisión de casos.
Atenciones de Primera Acogida.
Elaboración de pautas de primera acogida y egreso administrativo.
Atenciones jurídicas a casos ingresados al Programa Acoge Mujer.
Asistencia a audiencias.
Tramitación en Tribunales.
Gestiones administrativas relacionadas a procesos judiciales.
Redacción y presentación de querellas y escritos.
Construcción de Plan de Seguridad junto a usuarias del Programa.
Reuniones de equipo Acoge Mujer.
Difusión del Programa Acoge Mujer en actividad de REDMAD.
Sesiones de psicoeducación junto a Trabajadora Social del Programa.
Presentación del Programa Acoge Mujer en reunión mensual de Microred de trabajadores sociales de la salud.
Participación en reunión mensual de Red comunal y salud CESFAM ARIZTÍA.
Participación en III Foro Nacional de Emprendedoras.
Participación en Caminata "Encuentros Improbables" WIM Chile.
Visita domiciliaria a usuaria del programa junto a psicóloga del Programa.
Participación en actividad de entrega de resultados encuentro de clima laboral.

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 la Sra. **Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román**, 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 Sra. **Bárbara Alejandra Sebastiana Novoa Román**.

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ Abril _____ de _____ 2026
mes año