LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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

Mes	AGOSTO

Nombre	Pamela Ivonne Bugueño Mancilla
RUT	[redacted]
Profesión	[redacted]
Departamento	Atención Familiar
Programa Social	Acoge Mujer 2026 - 2027
Período del Contrato	06/04/2026- 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Desarrollar trabajos en su ámbito profesional, realizando y potenciando los procesos y actividades para los beneficiarios del programa.

Actividades efectuadas en el mes:

Se actualizó semanalmente el panel de control según las gestiones y acompañamientos realizados.
Se tomó contacto con usuarias para revisar disponibilidad y realizar agendamiento de atención semanal.
Se tomó primer contacto con usuarias derivadas y se realizó agendamiento para primera acogida al programa.
Se realizó primera acogida a mujeres del programa, acogiendo requerimientos y realizando posterior análisis de pertinencia junto a equipo de profesionales del programa.
Se realizó actualización de caso a redes derivantes por correo electrónico.
Se realizó derivación de caso a programa Red de Protección.
Se participó de análisis en triada psico socio jurídica de casos con requerimientos de atención psicoterapéutica.
Se realizaron atenciones psicológicas semanales a usuarias del programa, para elaborar proceso de diagnóstico e intervención de acuerdo con objetivos acordados para cada caso.
Se planificaron y ejecutaron sesiones de plan de psicoeducación grupal junto a trabajadora social.
Se realizó propuesta de aspectos a considerar en primera acogida respecto a salud mental.
Se participó en revisión de propuesta de taller de PAP enfocado en monitoras de Red Mujer.
Se participó en instancia de encuentro con CAI Ñuñoa para establecer protocolo de derivación de casos.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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 Bugueño Mancilla, RUT:** [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes agosto **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 **ACOGE 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 **agosto 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 Bugueño Mancilla.**

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

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN FAMILIAR
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, agosto (mes) de 2026 (año)