

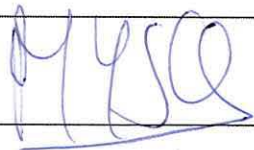
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	✓ ENERO
-----	---------

Nombre	MARIA ISABEL SALINAS CHAUD
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	01/01/2026 HASTA 31/12/2026 ✓
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. ✓

Actividad es efectuadas en el mes:

Análisis sobre la inclusión de nuevas variables controladas a los informes de evaluación forense. Se estructura controlar la variable de deseabilidad social en los informes a través del instrumento PAI y las entrevistas. Se comenzará a pilotar en el mes de marzo, durante enero se capacitará al equipo en su ejecución.
Análisis de Casos Los profesionales presentaron sus casos en la reunión técnica. El propósito es guiar la formulación de hipótesis y objetivos para definir las técnicas de recolección de información. Además, en la instancia de supervisión de toman decisiones sobre las proyecciones de los casos.
Estructuración de Metodologías de Trabajo Se plantea al equipo modificaciones para perfeccionar los informes. Se proponen líneas de trabajo asociadas al control de los sesgos cognitivos.
Revisión de Casos Judicializados e Informes Se revisaron los informes que los profesionales realizaron con el objetivo de controlar que los productos estén correctamente presentados en tiempo y forma para sus respectivos envíos a tribunales o bien al registro interno de casos.
Se capacitó al equipo en las fases del informe pericial Se profundizó en cómo se realiza la fase de transformación del requerimiento psicológico a problema de investigación forense y su consecuente pregunta de investigación para luego formular el objetivo general y específicos.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

La jefa del **Departamento de Atencion Familiar**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Maria Isabel Salinas Chaud**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratada de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **RED DE PROTECCION 2026**.

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 conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **ENERO** 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. **Maria Isabel Salinas Chaud**.

Nombre Jefe Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS


Las Condes, ENERO 2026
mes de año