

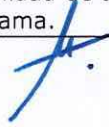
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	FEBRERO
------------	----------------

Nombre	ROMINA MARILYN CLARK VASQUEZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	ATENCIÓN FAMILIAR
Programa Social	RED DE ATENCIÓN FAMILIAR 2026-2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	OTORGAR UNA INSTANCIA PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXISTENTES AL INTERIOR DEL NÚCLEO FAMILIAR MEDIANTE LA ACTIVACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN FAMILIAR

Actividades efectuadas en el mes:

Evaluaciones en materia obligatoria Mediación familiar.
Orientaciones legales en materia de Mediación Familiar.
Ingreso de prestaciones de forma permanente ATS.
Atención de casos que requieren derivación a la Corporación de asistencia Judicial.
Participación en reuniones de trabajo y de equipo.
Actualización y estudio propios a las leyes vigentes, en derecho de familia, para una correcta atención de forma permanente.
Dar respuesta a los correos electrónicos de usuarios, frente a inquietudes que puedan tener el proceso de mediación familiar.
Mantener planilla del Registro de usuarios que asisten a Mediación familiar para fines estadísticos del programa.
Agendar directamente a usuarios que requieren del servicio de mediación familiar según disposición de mi agenda profesional.
Dar respuesta a los llamados telefónicos de usuarios, frente a inquietudes que puedan tener el proceso de mediación familiar.
Dar respuesta a las dudas que puedan surgir en el equipo de mediación familiar, referente a temas legales que se pueden presentar.
Reunión con el equipo de programas para unificar planilla única de registros.
Asistir a la capacitación del programa Red de Atención familiar.
Se realizo visita domiciliaria el día 13 de febrero de 2026, en el marco de la atención brindada por la Red de atención familiar, con la finalidad de acreditar domicilio y efectuar evaluación social correspondiente, junto a la Trabajadora social del programa.



Firma prestador de los servicios



El jefe del Departamento de Atención Familiar, Sra. **María Luisa Alegría Chávez**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **Romina Marilyn Clark Vasquez**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Febrero 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 Atención Familiar**.

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 **Febrero 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. **Romina Marilyn Clark Vasquez**

Nombre Jefe de Departamento (S)	María Luisa Alegría Chávez
Firma y timbre Jefe de Departamento	

VºBº DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO (S)

JUAN IGNACIO PINO MANUBENS

Las Condes, FEBRERO mes de 2026 año