

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	MARIA ISABEL SALINAS CHAUD
RUT	
Profesión	
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION. 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

Creación de un diseño de intervención en agencia parental en casos de separación o divorcio y de tutela compartida.
Operacionalización de diagnósticos en casos de co-parentalidad problemática. Distinciones en 4 categorías diagnósticas.
Estructuración de intervenciones en acuerdos de agencia parental.
Organización y estructuración de ejes diacrónicos y sincrónicos en casos de VIF.



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 **JUNIO** 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. **María Isabel Salinas Chaud**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, JUNIO de 2026
mes año