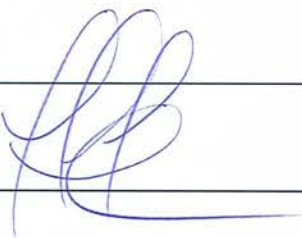


INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES AÑO 2025

Mes	AGOSTO
Nombre	MARIA LIDIA MASSARDO GONZÁLEZ
RUT	
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	ATENCION SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12-2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

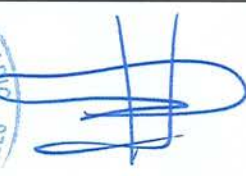
Actividad es efectuadas en el mes:

Coordinación “Programa Acompañamiento Familiar Integral “del Fosis perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
Reuniones de coordinación del Programa Familia, intermunicipal y con Apoyo Provincial Fosis
Resolver dudas y dar orientaciones ante diferentes consultas por demanda espontánea de vecinos.
Coordinación intermunicipal con Desarrollo Local, Comunicaciones, Administración y Finanzas, Tesorería. Y extra municipal, con Fosis y MDSF.
Participación en instancias de reunión y capacitación propias del Depto. y del municipio
Supervisión técnico-metodológica al acompañamiento de las familias UIF por partes de las tres AFIs
Participación y Cumplimiento de exigencias en actividades de Capacitación: Acreditación SISE, Curso Cuidados
Visitas Domiciliarias Programa atención social y por Informes de Tribunales
Elaboración Informe Tribunales de Familia

Firma prestadora de los servicios	
-----------------------------------	--

La jefa **Depto. de Programas Sociales**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **María Lidia Massardo González**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **ATENCIÓN SOCIAL INTEGRAL 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **AGOSTO** de 2025; 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 Lidia Massardo González**

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller
Firma y timbre jefa Depto. de Programas Sociales	 


Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes,

AGOSTO

2025

mes

de

año