

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE COMETIDO AÑO 2025.

Mes	MARZO
-----	-------

Nombre	MARIA LIDIA MASSARDO GONZÁLEZ
RUT	
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	SUBSIDIOS Y PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	ATENCION SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12-2025
Cometido Genérico	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Cometido Especifico	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.

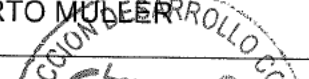
Actividad es efectuadas en el mes:

Coordinación "Programa Acompañamiento Familiar Integral "del Fosis perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
Participación en Capacitaciones del Programa Familia
Reuniones de coordinación del Programa Familia.
Resolver dudas y dar orientaciones ante diferentes consultas por demanda espontánea de vecinos.
Coordinación intra y extra municipal.
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
Elaboración de Informes Socioeconómico a solicitud de Tribunal de Familia

Firma prestadora de los servicios

El jefe del Departamento de Subsidios y 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 **MARZO de 2025**, al cometido a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al **Programa Apoyo Social Integral 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento del cometido 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 del cometido conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **MARZO** 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 Departamento	SOLEDAD AGURTO MUÑOZ
Firma y timbre Jefe Departamento	

Las Condes, MARZO de 2025
mes año