

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	MARIA LIDIA MASSARDO GONZÁLEZ
RUT	[REDACTED]
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO SOCIAL INTEGRAL
Período del Contrato	01/01-31/12-2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad 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.

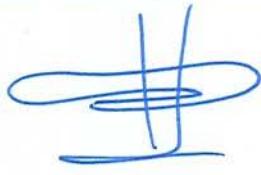
Actividades efectuadas en el mes:

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
Rendición de Gastos SISREC del programa Familias

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

El jefe del Departamento 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 **octubre de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, 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 **OCTUBRE 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 Jefe de Departamento	 




V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE
mes de 2025
año