

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	MARÍA FERNANDA CIFUENTES CUEVAS
RUT	
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION
Período del Contrato	17/03/2025 HASTA 31/12/2025
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, COORDINANDO Y POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividad es efectuadas en el mes:

Asegurar el correcto funcionamiento del programa a través del levantamiento de indicadores de gestión y presupuestarios.
Elaboración de bases de datos con registro de causas judicializadas y no judicializadas, incluyendo variables relevantes para su reporte.
Elaboración de informes de reportes de indicadores del programa a nivel mensual, para ser entregados a su jefatura directa, en formato de informe ejecutivo.
Elaboración de protocolos para la correcta digitación de las bases de datos por parte del equipo.
Dar seguimiento a los indicadores de gestión de cada caso ingresado al programa, con responsabilidad respecto al cumplimiento de plazos según los lineamientos técnicos del programa.
Supervisar la correcta actualización de las carpetas de registro de los casos, de manera digital.
Supervisar el correcto y oportuno registro de actividades y datos de usuarios/as atendidos por el programa.
Responsable de la seguridad y protocolo de confidencialidad del programa, a nivel digital y físico.
Recepción, respuesta y derivación a la Coordinación Técnico de cada uno de los casos recepcionados, ya sea por redes intra o extra municipales, instituciones jurídicas y demanda espontánea.
Sostener reuniones semanales con la Dirección, y coordinación de gestión técnica y dirección para establecer decisiones técnicas del programa, incluyendo la derivación de los casos.
Actualizar cada una de la documentación técnica y administrativa del programa, propendiendo a su unificación entre las diferentes áreas junto con la coordinación técnica.
Elaboración e implementación del plan de cuidado de equipo.

[Handwritten signature]

Firma prestador de los servicios



La Jefa del Departamento de Atención Familiar, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Sra. **María Fernanda Cifuentes Cuevas**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Septiembre de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **RED DE PROTECCION 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 **Septiembre** 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 Sra. **María Fernanda Cifuentes Cuevas**

Nombre Jefa Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefa Departamento	

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, Septiembre de 2025
mes año