

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	Fernanda Nicole Mascko Caamaño.
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	de Programas Sociales.
Programa Social	Programa Apoyo Social Integral en Educación 2026-2027
Período del Contrato	01-03-2026 / 31-05-2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	Apoyo Familiar para la atención a familias del Programa Familia.



Actividades efectuadas en el mes:

Realizar acompañamiento Integral a las familias del programa.
Invitar a las familias de la nómina de ABRIL a participar del programa.
Realizar entrevista de la etapa de Diagnostico EJE.
Entrega de información y orientación al jefe/a de familia.
Realizar llamados telefónicos para agendar visitas domiciliarias para sesiones APS y ASL, según calendario de frecuencia.
Participación en reunión del equipo del Departamento de Programas Sociales.
Entregar orientación a usuarios del programa con relación a la rendición de subsidio de vestuario escolar.
Participación de reuniones y/o mesa técnica del equipo del Programa Familias.
Asistir a capacitaciones, cursos y/o charlas según indicación de jefatura del Departamento de Programas Sociales.
Realización de llamadas telefónicas y envío de correos electrónicos para realizar sesiones con grupo familiar.
Registro constante y periódico de las sesiones familiares en plataforma SSO del Ministerio de Desarrollo y Familia.
Registros de acciones realizadas durante el presente mes en plataforma Social (ATS).
Realizar evaluaciones sociales y/o derivaciones programas a solicitud de jefe/a de familia para entregar apoyo municipal.
Realización de derivaciones y/o solicitud de horas en el Departamento de Programas Sociales para el grupo familiar.
Derivación a redes u oficinas municipales tales como: Salud- OMIL- Mediación Familiar - Corporación de asistencia judicial- Departamento de Programas Sociales etc.

Firma prestador de los servicios	<i>Masckel.</i>
----------------------------------	-----------------

El jefe de 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. **Fernanda Nicole Mascko Caamaño**, **RUT: [REDACTED]**, dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Apoyo Social Integral en Educación **2026-2027**.

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 **ABRIL 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. **Fernanda Nicole Mascko Caamaño**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Muller.	
Firma y timbre Jefe de Departamento		



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, _____ **ABRIL** _____ de _____ **2026** _____
 mes año