

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	MARÍA FERNANDA CIFUENTES CUEVAS
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	DE ATENCION FAMILIAR
Programa Social	PROGRAMA RED DE PROTECCION 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, POTENCIANDO LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

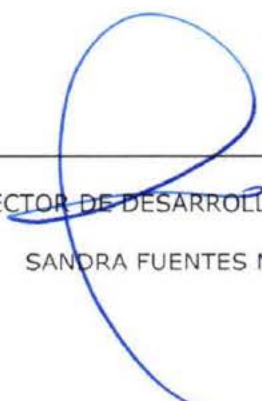
Asegurar el correcto funcionamiento del programa a través del levantamiento de indicadores de gestión y presupuestarios.
Elaboración de bases de datos con registro de causas judicializadas y no judicializadas, incluyendo variables relevantes para su reporte.
Elaboración de informes de reportes de indicadores 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.
Observar la correcta actualización de las carpetas de registro de los casos, de manera digital.
Observar 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 de cada uno de los casos recepcionados, ya sea por redes intra o extra municipales, instituciones jurídicas y demanda espontánea.
Sostener reuniones semanales el equipo técnico para establecer decisiones 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 el equipo técnico.
Elaboración e implementación del plan de cuidado de equipo.

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

El jefe de 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 de **AGOSTO 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 **Red de Protección 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 **AGOSTO 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 Sra. **María Fernanda Cifuentes Cuevas**.

Nombre Jefe de Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM
Firma y timbre Jefe de Departamento	



VºBº DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2026

año