

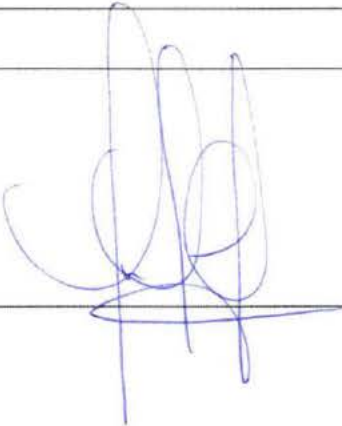
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
Nombre	MARIA LIDIA MASSARDO GONZÁLEZ
RUT	
Profesión	
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	Apoyo Social Integral al presupuesto familiar 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	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.

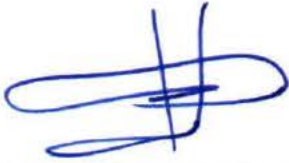
Actividades efectuadas en el mes:

Apoyo a la jefa de Unidad del "Programa Acompañamiento Familiar Integral ", Convenio Fosis/Las Condes, en las tareas administrativas y técnicas
Convocatoria, organización y conducción de Mesas Técnicas, para el establecimiento de acuerdos, conocimiento de acciones y presentación de Casos, del Programa Familia, a nivel intermunicipal y con Apoyo Provincial Fosis
Resolver dudas y dar orientaciones ante diferentes consultas por demanda espontánea a vecinos y vecinas que concurren presencialmente o vía telefónica a las dependencias del municipio donde presto servicios.
Gestión intermunicipal con Desarrollo Local, Comunicaciones, Administración y Finanzas, Tesorería entre otras. Y extra municipal, con Fosis y MDSF.
Participación en instancias de reunión propias del Depto. y del municipio
Visitas Domiciliarias Programa atención social, Programa Acompañar la Vida y por Informes Socioeconómicos requeridos desde Tribunales de Familia
Elaboración Informes Socioeconómicos requeridos por Tribunales de Familia
Rendición de Gastos SISREC del programa Familias
Apoyo a la gestión de Programa "acompañar la Vida", para la atención psico-social
Atención de casos para la evaluación socio económica y postulación a subsidios

Firma prestadora de los servicios	
-----------------------------------	--

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. **María Lidia Massardo González**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **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 **Atención Social Integral al Presupuesto Familiar 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/el Sra./Sr. **María Lidia Massardo González**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Müller	
Firma y timbre Jefe de Departamento		


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO


Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año