

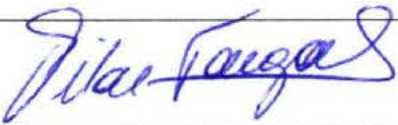
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	AGOSTO
Nombre	MARÍA PILAR VARGAS PARRA
RUT	
Profesión	
Departamento	ATENCION FAMILIAR
Programa Social	CRECIENDO CON DERECHOS 2026-2027
Período del Contrato	18/05/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO AL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA, ASEGURANDO EL ORDEN, REGISTRO Y RESGUARDO DE LA DOCUMENTACION FISICA Y DIGITAL.

Actividades efectuadas en el mes:

Participa de reuniones técnicas junto al equipo profesional de la Oficina Local de la Niñez.
Participa de reuniones con Coordinadora, según indicación.
Realiza tramitación de requerimientos administrativos, con distintos departamentos municipales y/o redes intersectoriales, según indicación de la Coordinadora de la Oficina Local de la Niñez.
Realiza revisión de orientaciones técnicas y jurídicas, relativas al funcionamiento de la Oficina Local de la Niñez de Las Condes.
Mantiene orden, registro y resguardo de documentación física e informática de la Oficina Local de la Niñez, acorde a indicación de la Coordinadora.
Realiza recepción, orientación y atención inicial de usuarios que acuden a la Oficina, de manera presencial, telefónica o por medios electrónicos, derivando oportunamente a los profesionales correspondientes.
Actualiza de manera sistemática, los registros digitales de la Oficina Local de la Niñez de Las Condes.
Apoya a las Gestoras Territoriales con la gestión administrativa, para la realización del CCNNA mensual.

el

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 señora **María Pilar Vargas Parra**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **agosto de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratada, de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Creciendo con Derechos 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 la suscrita, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente- de este supervisor, ya sea que ésta 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 señora **María Pilar Vargas Parra**.

Nombre Jefa de Departamento	Nancy Gallardo Murgam
Firma y timbre Jefa de Departamento	



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO