

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

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

Nombre	MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA
RUT	[REDACTED]
Profesión	PSICOLOGO
Departamento	ACCION Y ASISTENCIA SOCIAL
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2025
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	BRINDAR ATENCION PSICOLOGICA A PERSONAS EN SITUACION DE CALLE, PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

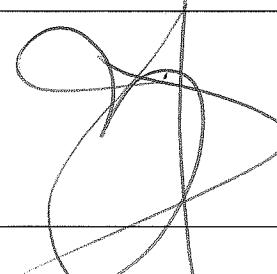
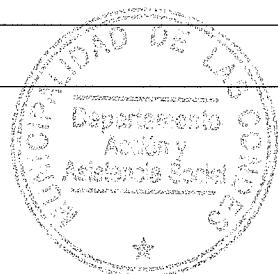
Actividades efectuadas en el mes:

<p>1. Entrevistas de ingreso e intervenciones psicosociales a los usuarios del Albergue Municipal de las Condes (Centro día):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia y situación actual.</li> <li>- Manejo de situaciones problemáticas.</li> <li>- Acceso a programas externos e internos</li> <li>- Trámites de todo tipo</li> <li>- Actualización de documentos, asociados a red de salud, laboral y educacional.</li> <li>- Trámites legales.</li> <li>- Acompañamientos en distintos trámites, etc.</li> </ul>
Estimado de 2 por semanas.
<p>2. Coordinación y reunión presenciales, virtuales y/o telefónicas con distintos estamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de reuniones técnicas con ONG ENMARCHA, Corporación Nuestra Casa, Fundación EDUCERE, equipo psicosocial y residencia (estado de los usuarios derivados, así como intervenciones realizadas, para evitar doble intervención), estimado 1 por semana.</li> <li>- Reunión y coordinación con estamentos inter municipales, como CESFAM y otros departamentos, estimado 1 al mes.</li> <li>- Reuniones técnicas con el equipo albergue, para revisar casos, protocolos y procedimientos, estimado 2 al mes.</li> </ul>
<p>3. Creación y ajuste de documentos para la temporada de Albergue de Emergencia 2025, como, por ejemplo: protocolo actividades extraprogramáticas, donaciones, medicamentos, planillas, etc.</p>
<p>4. Preparación de capacitación</p>

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

**El Jefe del Departamento de acción y asistencia social**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 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 suscripto, 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 **ABRIL** 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/el Sra./Sr. **MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA**.

Nombre Jefe Departamento	NANCY GALLARDO MURGAM	
Firma y timbre Jefe Departamento		

Las Condes, ABRIL mes de 2025 año