

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

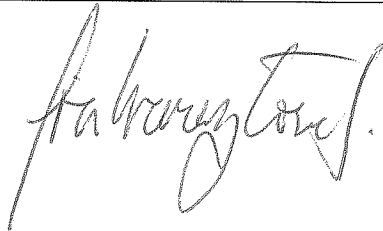
Mes	AGOSTO
Nombre	PIA CAROLINA ALVAREZ TORRES
RUT	
Profesión	4TO MEDIO RENDIDO, EGRESADA EN TRABAJO SOCIAL
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE 2025
Período del Contrato	01/01/2025-31/12/2025
Función Genérica	ASISTENTE TECNICO
Función Especifica	ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL

Actividades efectuadas en el mes:

1. Proceso de ingreso y mantención del dispositivo - Supervisar el ingreso y la salida de los participantes. - Asignación de cubículos y movimientos de los mismos. - Asignación de tareas entre participantes - Revisión de cubículos sorpresa - Completar diferentes planillas para mayor agilidad de trabajo en equipo.
2. Gestión de prestaciones: - Entrega de alimentos y cobertura necesidades básicas - Otorgar mudas de ropa para quien lo necesite - Suministrar útiles de aseo personal y de limpieza del dispositivo - Contención y escucha activa. - Resolución de conflictos en momentos necesarios - Información sobre dispositivos similares, si es que el usuario no cumpla con perfil.
3. Gestión del trabajo administrativo: - Ingreso digital de asistencia diaria - Actualización de planillas - Compartir información de forma grupal con monitores
4. Coordinación con otros estamentos y capacitaciones - Asistencia a capacitaciones según se requiera en dirección - Capacitación diaria a funcionarios nuevos y alumna en práctica.

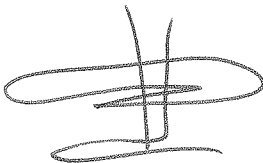
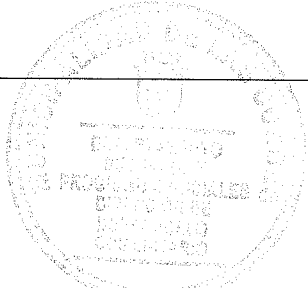
- Recibir donaciones de externos, ya sean vecinos o agrupaciones.

Firma prestador de los servicios



La jefa del 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. **PIA CAROLINA ALVAREZ TORRES**, RUT: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO** 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 suscrito, 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 AGOSTO 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. PIA CAROLINA ALVAREZ TORRES.

Nombre Jefe Departamento	Soledad Agurto Muller
Firma y timbre Jefe Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año