

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	OCTUBRE
Nombre	MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA
RUT	
Profesión	PSICOLOGO
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2025
Período del Contrato	01/01/2025- 31/12/2025
Actividad Genérica	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	BRINDAR ATENCION PSICOLOGICA A PERSONAS EN SITUACION DE CALLE, PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA



Actividades efectuadas en el mes:

<div>1. Entrevistas de ingreso e intervenciones psicosociales a los usuarios del Centro día:<ul style="list-style-type: none">Historia y situación actual.Manejo de situaciones problemáticas.Acceso a programas externos e internosTrámites de todo tipoActualización de documentos, asociados a red de salud, laboral y educacional.Trámites legales.Acompañamientos en distintos trámites, etc.</div> <div>Estimado de 3 por mes</div>
<div>2. Acompañamientos a usuarios en actividades en pro de su reinserción a:<ul style="list-style-type: none">Actualización de documentos, asociados a red de salud, laboral educacional.Acceso a programas externo e internos.Trámites migratoriosTrámites legales, etc.</div> <div>Estimado de 4 por mes</div>
<div>3. Coordinación y reunión presenciales, virtuales y/o telefónicas con distintos estamentos:<ul style="list-style-type: none">Reuniones técnicas con ONG ENMARCHA, estimado 3 por mes.Reunión y coordinación con estamentos intermunicipales, como CESFAM y otros departamentos, estimado 2 al mes.Reuniones técnicas con el equipo albergue, para revisar casos, protocolos y procedimientos, estimado 1 al mes.</div>
<div>4. Capacitación</div> <div>Estimado 1 por mes</div>

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

El jefe 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. **María Francisca Álvarez García**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **Octubre de 2025**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE 2025**.

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 **Octubre 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. **María Francisca Álvarez García**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

OCTUBRE

mes

de

2025

año