

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

Mes	OCTUBRE
Nombre	MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA
RUT	[REDACTED]
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 Específica	BRINDAR ATENCION PSICOLOGICA A PERSONAS EN SITUACION DE CALLE, PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

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

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 suscripto, 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