

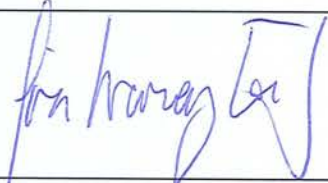
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.

Mes	OCTUBRE
Nombre	PIA CAROLINA ALVAREZ TORRES
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
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 TÉCNICO
Función Específica	ASISTENTE TÉCNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL.


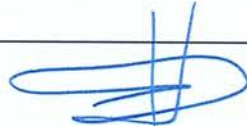
Actividades efectuadas en el mes:

Funciones y Actividades: <div><div>1. Ingreso y evaluación Inicial:</div><div><div>Se realizó valoración del estado en que se encontraba el participante, si tiene o no de consumo de sustancias ilícitas u/ alcohol.</div><div>Se revisaron pertenencias de los participantes al momento del ingreso.</div><div>Se eyó y se explicó el consentimiento informado.</div></div></div>
<div><div>2. Gestión cotidiana y organización</div><div><div>Se designaron y supervisaron labores diarias de los participantes (limpieza de módulos, áreas comunes, etc.).</div><div>Se Visualizó y procuró la higiene personal de los participantes en el recinto.</div><div>Entregamos prestaciones básicas (vestimenta, alimentos, medicamentos según esquema farmacológico entregado por CESFAM, entre otros).</div><div>Ordenamos bodegas e insumos de uso diario.</div><div>Realizamos aseo de los espacios propios</div></div></div>
<div><div>3. Acompañamiento y contención</div><div><div>Se conversó con el participante respecto a su condición general actual.</div><div>Se Realizaron actividades recreativas y/o formativas con los participantes, durante los turnos Correspondientes</div><div>Verbalizamos constantemente la normativa vigente como refuerzo de la convivencia.</div><div>Resolví e informe sobre situaciones problemáticas y/o específicas (consumo, discusiones, conflictos, etc.).</div></div></div>
<div><div>4. Comunicación y coordinación</div><div><div>Se respondió a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento.</div><div>Mantuvimos comunicación radial y/o telefónica con Seguridad Pública, CESFAM u otras redes de emergencia, cuando fue necesario.</div><div>Informar oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.</div></div></div>
<div><div>5. Registro y documentación</div><div><div>Ingresé información en planillas del programa.</div><div>Elaboré y entregué los informes que sean solicitados.</div></div></div>
<div><div>6. Emergencias</div><div><div>Di respuesta e indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron.</div></div></div>

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

El jefe del Departamento de Soledad Agurto Muller, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Pía Carolina Álvarez Torres**, 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. **Pía Carolina Álvarez Torres**.

Nombre Jefe Departamento	Soledad Agurto Muller	
Firma y timbre Jefe Departamento		


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, OCTUBRE de 2025
Mes año