

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA
RUT	
Profesión	PSICOLOGO
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	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Específica	BRINDAR ATENCION PSICOLOGICA A PERSONAS EN SITUACION DE CALLE, PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Actividades efectuadas en el mes:

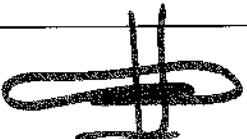
1. Realizar entrevistas de ingreso a los usuarios del Albergue Municipal de las Condes (Centro día), con el fin de pesquisar: • Historia y situación actual. • Manejo de situaciones problemáticas. • Nivel y tipo de consumo. • Red de afiliación con la que se cuenta. Estimado de 4 por semana.
2. Realizar intervenciones y/o acompañamientos a usuarios del albergue en actividades en pro de sus objetivos respecto a: • Actualización de documentos, asociados a red gubernamental, salud, laboral y educacional. • Acceso a programas externo e internos. • Trámites migratorios • Trámites legales, etc. Estimado de 4 por semana.
3. Coordinar y asistir a reuniones presenciales, virtuales y/o telefónicas con distintos estamentos: • Participación de reuniones técnicas con ONG ENMARCHA. • Reuniones y/o coordinación con estamentos intermunicipales, como CESFAM y otros departamentos. • Reuniones técnicas con el equipo albergue, para revisar casos, protocolos y procedimientos. Estimado de 5 al mes
4. Preparación, aplicación y participación de actividades de y para el albergue: - Asambleas - Actividades intra y extraprogramáticas. - Capacitaciones internes/externas. Estimado de 3 al mes

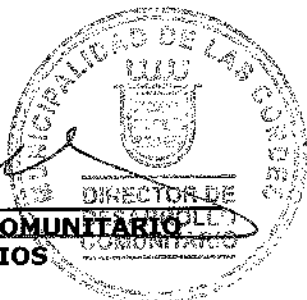
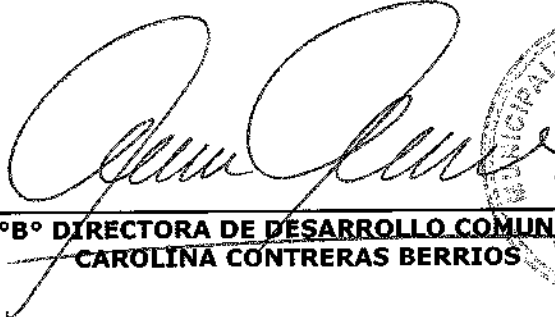


Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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. **María Francisca Álvarez García**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **SEPTIEMBRE** 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 SITUACIÓN 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 **SEPTIEMBRE** 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 Departamento	Soledad Agurto Muller	
Firma y timbre Jefe Departamento		



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

SEPTIEMBRE

Mes

de

2025

año

