

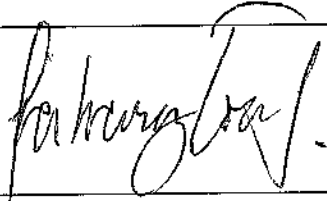
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.

Mes	SEPTIEMBRE
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:

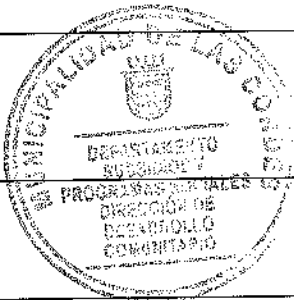
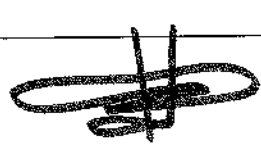
Funciones y Actividades: 1. Ingreso y evaluación Inicial: Realizar valoración del estado en que se encuentra el participante, si tiene o no de consumo de sustancias ilícitas u/ alcohol. Revisar pertenencias de los participantes al momento del ingreso. Leer y explicar el consentimiento informado.
2. Gestión cotidiana y organización Designar y supervisar labores diarias de los participantes (limpieza de módulos, áreas comunes, etc.). Visualizar y procurar la higiene personal de los participantes en el recinto. Entregar prestaciones básicas (vestimenta, alimentos, medicamentos según esquema farmacológico entregado por CESFAM, entre otros). Ordenar bodegas e insumos de uso diario. Realizar aseo de los espacios propios
3. Acompañamiento y contención Conversar con el participante respecto a su condición general actual. Realizar actividades recreativas y/o formativas con los participantes, durante los turnos correspondientes. Verbalizar constantemente la normativa vigente como refuerzo de la convivencia. Resolver e informar sobre situaciones problemáticas y/o específicas (consumo, discusiones, conflictos, etc.).
4. Comunicación y coordinación Dar respuesta a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento.

Mantener comunicación radial y/o telefónica con Seguridad Pública, CESFAM u otras redes de emergencia, en caso necesario.
Informar oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.
5. Registro y documentación
Ingresar información en planillas del programa.
Elaborar y entregar los informes que sean solicitados.
6. Emergencias.
Dar respuesta y entregar indicaciones frente a situaciones de emergencia que se puedan presentar.

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. **Pía Carolina Álvarez Torres**, 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. **Pía Carolina Álvarez Torres**.

Nombre Jefe Departamento	Soledad Agurto Muller	
Firma y timbre Jefe Departamento		


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BÉRRIOS
