

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
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:

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

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

El jefe de Departamento de Programas Sociales(S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL de 2026**, 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 SITUACION CALLE 2026-2027**.

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 **ABRIL de 2026**; 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. **MARIA FRANCISCA ALVAREZ GARCIA**.

Nombre Jefe de Departamento(S)	Jessica Fernández Arraño
Firma y timbre Jefe(S) de Departamento	 



 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes de año