

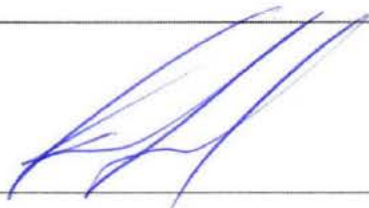
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	AGOSTO
Nombre	CRISTIAN EDUARDO BRIONES PEREZ
RUT	
Profesión	
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2026-2027
Período del Contrato	07/05/2026-30/09/2026
Actividad Genérica	ASISTENTE TECNICO
Actividad Específica	ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL

Actividades efectuadas en el mes:

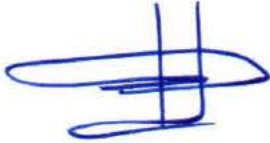
1. Ingreso y evaluación Inicial: - Se revisaron las condiciones generales de los participantes al momento de su ingreso, considerando su estado y eventual consumo de alcohol y/o sustancias. - Se explicó a los participantes el consentimiento informado, dejando constancia de su conocimiento y aceptación. - Se realizó la revisión de las pertenencias personales al momento del ingreso al Centro de Día y Albergue.
2. Gestión cotidiana y organización - Se apoyó en la organización y limpieza de los distintos espacios del recinto. - Se realizó la recepción de los alimentos preparados destinados a los participantes - Se entregaron elementos básicos de apoyo, como vestimenta, alimentación y medicamentos, de acuerdo con las indicaciones entregadas por CESFAM. - Se efectuó el orden y revisión de bodegas e insumos necesarios para el funcionamiento diario. - Se asignaron tareas a los participantes y se realizó seguimiento de su cumplimiento, principalmente relacionadas con la limpieza y mantención de los espacios. - Se verificaron condiciones de higiene personal de los participantes dentro del recinto. - Se realizó la recepción de empresas externas que concurrieron al dispositivo para realizar trabajos de mantenimiento.
3. Acompañamiento y contención - Se generaron espacios de conversación con los participantes para conocer su situación y estado actual. - Se reforzaron las normas de funcionamiento y convivencia establecidas para el dispositivo. - Se desarrollaron actividades recreativas y/o formativas durante los turnos correspondientes - Se intervino frente a situaciones que requirieron atención, tales como conflictos, discusiones, consumo u otras situaciones específicas, dejando el registro e información correspondiente.
4. Comunicación y gestión con redes - Se mantuvo contacto con las distintas redes de apoyo y emergencia, incluyendo Seguridad Pública y CESFAM, cuando la situación lo requirió. - Se gestionaron y respondieron comunicaciones recibidas mediante correo electrónico, mensajería y otros medios. - Se comunicó oportunamente la necesidad de reponer insumos o cualquier situación relacionada con su deterioro o falta.
5. Registro y documentación Se realizó el ingreso y actualización de información en las planillas correspondientes al programa.
6. Emergencias - Di respuesta e indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron. - Se realizó permanencia a los usuarios, debido a las condiciones climáticas adversas.

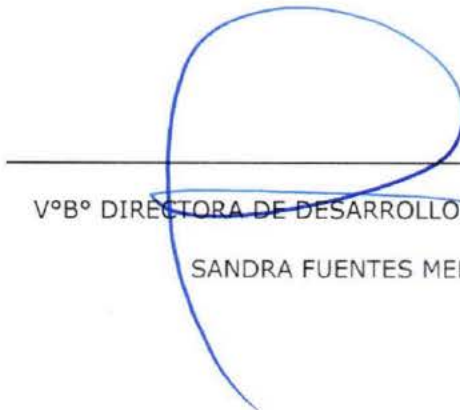
Firma prestador de los servicios



El jefe de 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. **CRISTIAN EDUARDO BRIONES PEREZ**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO 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 **AGOSTO 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. **CRISTIAN EDUARDO BRIONES PEREZ**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Agurto Muller	
Firma y timbre Jefe de Departamento		



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

Mes

de

2026

Año