

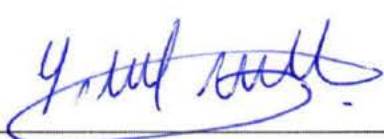
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	ISABEL COLLIO HUINCAHUAL
RUT	
Profesión	
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2026-2027
Período del Contrato	01/06/2026-30/09/2026
Actividad Genérica	ASISTENTE TECNICO
Actividad Especifica	ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL

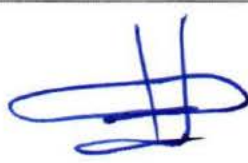
Actividades efectuadas en el mes:

1. Ingreso y evaluación Inicial: - Se revisaron pertenencias de los participantes al momento del ingreso. - Se realizó valoración del estado en que se encontraba el participante, si tiene o no de consumo de sustancias ilícitas u/ alcohol. - Se leyó y se explicó el consentimiento informado.
2. Gestión cotidiana y organización - Se visualizó y procuró la higiene personal de los participantes en el recinto. - Se asignaron y se realizó seguimiento a las labores diarias de los participantes (limpieza de módulos, áreas comunes, entre otros). - Entregamos prestaciones básicas (vestimenta, alimentos, medicamentos según esquema farmacológico entregado por CESFAM, entre otros). - Realizamos aseo de los espacios propios - Ordenamos bodegas e insumos de uso diario.
3. Acompañamiento y contención - Se realizaron actividades recreativas y/o formativas con los participantes, durante el turno nocturno. - Verbalizamos constantemente la normativa vigente como refuerzo de la convivencia. - Se conversó con el participante respecto a su condición general actual. - Resolví e informe sobre situaciones problemáticas y/o específicas (consumo, discusiones, conflictos, etc.).
4. Comunicación y gestión con redes - Se mantuvo comunicación telefónica con Seguridad Pública, SAPU u otras redes de emergencia cuando fue necesario. - Se dio respuesta a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento. - Se informó oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.
5. Registro y documentación Ingresé información en planillas del programa
6. Emergencias - Di respuesta e indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron. - Se realizan ingresos de emergencia de participantes debido a 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. **ISABEL COLLIO HUINCAHUAL**, 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. **ISABEL COLLIO HUINCAHUAL**.

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



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes,

AGOSTO

Mes

de

2026

año