

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO
Nombre	CRISTIAN NICOLAS QUEZADA CARRASCO
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	GESTIONAR FUNCIONAMIENTO DEL ALBERGUE PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE

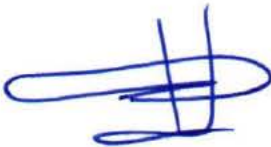
Actividades efectuadas en el mes:

1. Gestión de recursos e infraestructura: Se gestionó la adquisición de insumos materiales e inmateriales para el Centro de Día y Albergue Municipal. Se realizó revisión de equipamiento, infraestructura, limpieza y condiciones de seguridad, con el fin de asegurar el buen funcionamiento del dispositivo Se organizó y distribuyó alimentos, vestimenta y otros recursos básicos para los participantes Se ordenaron bodegas y se administraron insumos de uso diario.
2. Intervención psicosocial y acompañamiento: Se realizaron entrevistas de ingreso a usuarios (aprox. 4 por mes) para levantar antecedentes sobre situación social, historia y necesidades actuales Se brindó orientación y acompañamiento a los participantes para el acceso a programas internos y externos de la red institucional (salud, educación, empleo, capacitación, orientación legal, etc.) Se conversó y contuvo a los participantes, verbalizando la normativa vigente y reforzando la convivencia Se resolvieron e informaron situaciones problemáticas o específicas (conflictos, consumo de sustancias, etc.).
3. Gestión administrativa: Se ejecutó trabajo administrativo y se realizó seguimiento a procesos asociados, incluyendo planillas de prestaciones de funcionamiento interno y externo. Se ingresó información en la plataforma municipal (ATS) y en planillas del programa. Se elaboraron y entregaron informes solicitados por la Dirección.
4. Gestión y trabajo con redes: Se dio respuesta a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento. Se mantuvo comunicación telefónica con Seguridad Pública, CESFAM u otras redes de emergencia cuando fue necesario Se informó oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.
5. Emergencias Se dio respuesta y se entregaron indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron.

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 NICOLAS QUEZADA CARRASCO**, 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 NICOLAS QUEZADA CARRASCO**.

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

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año