

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

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

Nombre	RODOLFO FABIAN RAMIREZ URRIOLA
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 Específica	ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL

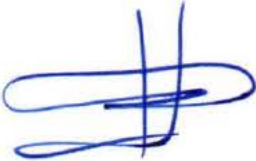
Actividades efectuadas en el mes:

1. Acompañamiento y contención: - Se conversó con los participantes respecto de su situación y estado general durante el turno. - Se desarrollaron actividades recreativas y/o formativas durante la jornada nocturna. - Se recordó y reforzó el cumplimiento de las normas establecidas para una adecuada convivencia. - Se atendieron las situaciones problemáticas o específicas que se presentaron, informando aquellas relacionadas con consumo, conflictos, discusiones u otras.
2. Ingreso y evaluación inicial: - Se efectuó la revisión de las pertenencias al momento del ingreso de los participantes. - Se explicó el consentimiento informado y se realizó su respectiva lectura. - Se evaluó el estado general de los participantes, considerando posibles situaciones de consumo de alcohol y/o sustancias ilícitas.
3. Emergencias: - Se brindó respuesta y orientación frente a las situaciones de emergencia ocurridas durante el turno. - Se realizaron ingresos de participantes que necesitaban permanecer en el recinto debido a condiciones climáticas adversas.
4. Gestión cotidiana y organización: - Se realizaron labores de limpieza y mantención de los espacios utilizados. - Se organizaron las bodegas y se revisaron los insumos de uso diario. - Se realizó seguimiento a las tareas asignadas a los participantes, principalmente aquellas relacionadas con la limpieza de módulos y áreas comunes. - Se entregaron prestaciones básicas, incluyendo alimentación, vestimenta y medicamentos según las indicaciones entregadas por CESFAM. - Se procuró mantener y reforzar hábitos adecuados de higiene personal dentro del recinto.
5. Registro y documentación: Se incorporó la información correspondiente en las planillas y registros del programa.
6. Comunicación y gestión de redes: - Se mantuvo contacto con Seguridad Pública, SAPU y otras redes de emergencia cuando la situación lo requirió. - Se gestionaron respuestas a través de correo electrónico, mensajería y otros canales de comunicación. - Se comunicaron oportunamente las necesidades relacionadas con la reposición, falta o deterioro de insumos.

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. **RODOLFO FABIAN RAMIREZ URRIOLA**, 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. **RODOLFO FABIAN RAMIREZ URRIOLA**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO