

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

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

Nombre	PAMELA EGLHIA VALENCIA RIVEROS
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 Especifica	ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL

Actividades efectuadas en el mes:

1. Gestión cotidiana y organización: • Se asignaron tareas a los participantes y se realizó seguimiento de las labores relacionadas con la limpieza de módulos y espacios comunes. • Se realizaron labores de aseo y orden de los espacios utilizados. • Se entregaron prestaciones básicas, como alimentación, vestimenta y medicamentos, de acuerdo con el esquema farmacológico indicado por CESFAM. • Se procuró mantener una adecuada higiene personal de los participantes dentro del recinto. • Se mantuvo el orden de las bodegas y de los insumos utilizados durante las actividades diarias.
2. Acompañamiento y contención: • Se mantuvieron conversaciones con los participantes para conocer su estado y situación general. • Se realizaron actividades recreativas y/o formativas durante el turno nocturno. • Se reforzaron las normas de convivencia y el cumplimiento de la normativa vigente. • Se abordaron e informaron situaciones que requirieron intervención, como discusiones, conflictos, consumo u otras situaciones específicas.
3. Ingreso y evaluación inicial: • Se revisaron las pertenencias personales de los participantes al momento de su ingreso. • Se realizó una valoración general de su estado, considerando la presencia o ausencia de consumo de alcohol y/o sustancias ilícitas. • Se efectuó la lectura y explicación del consentimiento informado.
4. Comunicación y gestión con redes • Se mantuvo comunicación con Seguridad Pública, SAPU y otras redes de emergencia cuando fue necesario. • Se respondieron solicitudes y comunicaciones recibidas a través de correo electrónico, mensajería u otros medios. • Se informó oportunamente sobre la falta, deterioro o escasez de insumos.
5. Emergencias: • Se entregó orientación y respuesta frente a las situaciones de emergencia que se presentaron durante el turno. • Se realizaron ingresos de emergencia a participantes, debido a condiciones climáticas adversas.
6. Registro y documentación: • Se registró la información correspondiente de los participantes en las planillas utilizadas por el programa.

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

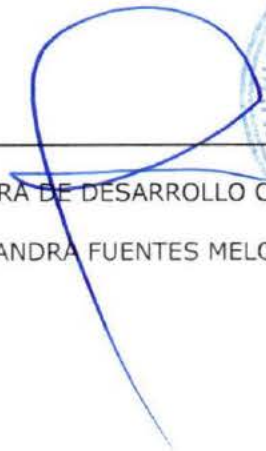
El jefe de Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **PAMELA EGLHIA VALENCIA RIVEROS**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO de 2026**, a la prestación 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. **PAMELA EGLHIA VALENCIA RIVEROS**.

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