

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

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

Nombre	FRANCO IGNACIO OLIVARES BRITO
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	DEPARTAMENTO DE DEFENSORÍA A VÍCTIMAS
Programa Social	PROGRAMA "CONECTA LAS CONDES, REINICIA TU VIDA 2026"
Período del Contrato	13/04/2026 30/09/2026
Prestación de Servicio	TERAPEUTA OCUPACIONAL

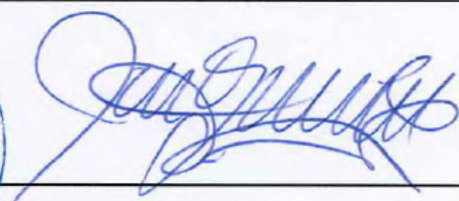
Actividades efectuadas en el mes:

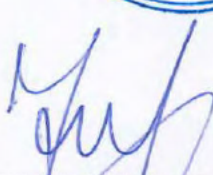
Participé en reuniones de seguimiento de caso y reuniones de organización de equipo.
Realicé una entrevista de diagnóstico a personas seleccionadas del Programa durante ciclo II 2026.
Realicé 16 visitas a terreno de difusión para nuevos participantes del ciclo II 2026 en espacios territoriales afines a la población objetivo.
Realicé una visita a terreno para difusión en San Francisco TP.
Realicé una visita a terreno en modalidad de rescate ante incomunicación para un participante del ciclo I 2026.
Participé en talleres de capacitación de tapicería, restauración y mueblería.
Participé en la ceremonia de certificación para participantes del ciclo I 2026.
Realicé 14 atenciones ocupacionales de participantes seleccionados durante ciclo I 2026.
Realicé procesos de triangulación de evaluaciones de riesgo de participantes del ciclo I 2026 junto al equipo profesional.
Participé de reuniones de equipo en donde se abordaron temas de resolución profesional.
Realicé registro y constancia de cambios y avances, a partir de las distintas intervenciones con la población del ciclo I 2026.

Firma prestador de los servicios	
---	---

La Jefa de Departamento (S) y el Director de Seguridad Pública, de la Municipalidad de Las Condes, que firman al pie del presente Informe, Certifican y acreditan fehacientemente que el Sr. **Franco Ignacio Olivares Brito**, RUT [REDACTED] dio cabal cumplimiento, durante el periodo de **AGOSTO DE 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para lo cual fue contratado (a) de acuerdo al respectivo Contrato a Honorarios, con cargo al Programa “CONECTA LAS CONDES, REINICIA TU VIDA 2026”.

Asimismo, aprueban el presente informe mensual de actividades, realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por los suscritos, 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 durante el periodo 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 del Sr. **Franco Ignacio Olivares Brito**.

Nombre Jefa (S) de Departamento	MABEL GARCÍA ALFARO
Firma y timbre Jefa (S) Departamento	 



DIRECTOR DE SEGURIDAD PÚBLICA
JAIME JOAQUÍN IZARNÓTEGUI LÓPEZ

Las Condes, Septiembre de 2026
mes año