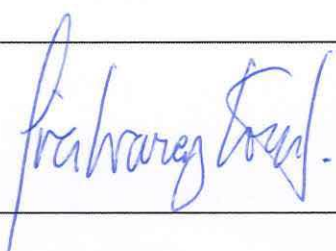


INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2026.

Mes	ENERO
Nombre	PIA CAROLINA ALVAREZ TORRES
RUT	
Profesión	SIN PROFESIÓN
Departamento	DE PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE 2026/2027
Período del Contrato	01/01/2026 – 31/12/2026
Actividad Genérica	ASISTENTE TÉCNICO
Actividad Específica	ASISTENTE TÉCNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL.

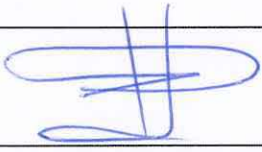
Actividades efectuadas en el mes:

Funciones y Actividades: 1. Ingreso y evaluación Inicial: Se realizó valoración del estado en que se encontraba el participante, si tiene o no de consumo de sustancias ilícitas u/ alcohol. Se revisaron pertenencias de los participantes al momento del ingreso. Se leyó y se explicó el consentimiento informado.
2. Gestión cotidiana y organización Se designaron y supervisaron labores diarias de los participantes (limpieza de módulos, áreas comunes, etc.). Se Visualizó y procuró la higiene personal de los participantes en el recinto. Entregamos prestaciones básicas (vestimenta, alimentos, medicamentos según esquema farmacológico entregado por CESFAM, entre otros). Ordenamos bodegas e insumos de uso diario. Realizamos aseo de los espacios propios
3. Acompañamiento y contención Se conversó con el participante respecto a su condición general actual. Se Realizaron actividades recreativas y/o formativas con los participantes, durante los turnos Correspondientes Verbalizamos constantemente la normativa vigente como refuerzo de la convivencia. Resolví e informe sobre situaciones problemáticas y/o específicas (consumo, discusiones, conflictos, etc.).
4. Comunicación y coordinación Se respondió a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento. Mantuvimos comunicación radial y/o telefónica con Seguridad Pública, CESFAM u otras redes de emergencia, cuando fue necesario. Informar oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.
5. Registro y documentación Ingresé información en planillas del programa. Elaboré y entregué los informes que sean solicitados.
6. Emergencias Di respuesta e indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron.

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

El jefe del 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. **Pía Carolina Álvarez Torres**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO 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 EN SITUACIÓN DE 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 **ENERO** 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. **Pía Carolina Álvarez Torres**.

Nombre Jefe Departamento	Soledad Agurto Muller	
Firma y timbre Jefe Departamento		



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

ENERO
Mes

de

2026
año